Ano 8 nº 1 - janeiro/fevereiro de 2009

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Hipertensão arterial

- Atenção aos portadores de hipertensão no PSF
- Barreiras e benefícios no controle de hipertensão

Assistência

- Procedimentos de enfermagem ao paciente com úlcera de pressão

Transplante hepático

- Indicações e contra-indicações

Epidemiologia

- A notificação da violência urbana na saúde

Oncologia

- Autonomia do paciente oncológico

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 8 nº 2 - março/abril de 2009 ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Úlcera por pressão em idosos hospitalizados
- Qualidade do pré-natal de adolescentes puérperas

Neonatal

- Indução do trabalho de parto

Diabetologia

Diários de diabéticos e tratamento

Epidemiologia

- Vítimas de picada de animais peçonhentos

Educação

- Reflexões sobre a formação do enfermeiro

Aids

- Enfrentamento do portador do HIV

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 8 nº 3 - maio/junho de 2009

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Neonatal

- Método mãe canguru

Saúde da mulher

- Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas

Tanatologia

- A morte e o processo de morrer

Assistência

- Protocolo de atenção domiciliar em enfermagem
- Assistência a pacientes submetidos à cirurgia bariátrica
- Desbridamento de úlcera venosa

História

- Trajetória histórica e política de crianças e adolescentes no Brasil

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 8 nº 4 - julho/agosto de 2009 ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Assistência de enfermagem em uma UTI

Neonatal

- Atendimento pré-natal realizado por enfermeiras
- Fadiga relacionada ao trabalho de parto

Virologia

- Adesão à vacinação contra hepatite B

Ginecologia

- Acolhimento à mulher portadora de endometriose

Educação

- Acolhimento e humanização para acompanhantes
- A graduação em enfermagem e a humanização
- Educação em saúde na prevenção da dengue

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 8 nº 5 - setembro/outubro de 2009

ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Assistência

- Diagnóstico de enfermagem para idoso com doença cardiovascular
- Cuidado do enfermeiro na prevenção da úlcera por pressão

Neonatal

- O significado da maternidade para a adolescente-mãe
- Aleitamento versus desmame precoce

Doenças infecciosas

- Sexualidade e juventude em tempos de Aids
- O ambiente e as inter-relações de pacientes com doença infecto-contagiosa

Tabagismo

- Hábito tabágico em universitários

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Ano 8 nº 6 - novembro/dezembro de 2009 ISSN 1678-2410

Periódico científico dos profissionais de enfermagem

Enfermagem BRASIL

Geriatria

- Hipertensão arterial em idosos
- Idoso e os cuidados perioperatórios

Psiquiatria

- Benefícios da música aos portadores de transtornos mentais

Doenças infecciosas

- Transmissão vertical da doença de Chagas

Neonatal

- Sucção não nutritiva em neonatos e lactentes

Ginecologia

- Perfil das mulheres em uma consulta de enfermagem ginecológica
- Qualidade de vida da mulher com câncer de mama
- A mulher no climatério

atlântica editora

www.atlanticaeditora.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 8 número 1 - Janeiro / Fevereiro de 2009

EDITORIAL

Acessibilidade: pressuposto para o cuidado no âmbito da saúde do idoso com mobilidade reduzida, Wiliam César Alves Machado 3

ARTIGOS ORIGINAIS

Crenças de pessoas hipertensas sobre barreiras e benefícios para o controle da doença, Cláudia Geovana da Silva Pires, Renata Pacheco Reis, Fernanda Carneiro Mussi 7

Uma experiência multidiscliplinar em um hospital pediátrico público, Laylla Ribeiro Macedo, Priscila Carminati Siqueira, Cristina Ribeiro Macedo 19

A notificação da violência urbana na saúde através da classificação internacional de doenças, Aline Ramos de Carvalho Pinto, Maria Aparecida de Luca Nascimento 26

Um olhar bioético sobre autonomia do paciente oncológico em optar pelos cuidados paliativos, Débora Montezello, Leocir Pessini, Ana Cristina de Sá 33

Atenção dada pelo enfermeiro aos portadores de hipertensão no Programa Saúde da Família: do discurso à prática, Ana Carolina S. do Nascimento, Suely Rosália Frazão, Patrícia dos Santos Pereira, Sonia Maria Filipini 39

RELATO DE CASO

Procedimentos de enfermagem no paciente portador de úlcera de pressão, Rosiléia Dias Domingos, Cláudia de Souza Moraes 44

REVISÃO

Indicações e contra-indicações para o transplante hepático: saber para cuidar, Alexandra de Oliveira Matias Ferreira 51

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 56

CALENDÁRIO DE EVENTOS 57

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Aida Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Prof. Ms. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)
Prof. Ms. William Malagutti (UGF – São Paulo)

Enfermagem Brasil é indexada no CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

Atlântica Editora
e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

E-mail: atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Atendimento
(11) 3361 5595 /3361 9932
E-mail: melloassinaturas@uol.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello

Editor assistente – Publicidade
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 180,00
www.eventoserevistas.com.br

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
melloassinaturas@uol.com.br

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *Hospital Ipanema Plus do Estado do Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Acessibilidade: pressuposto para o cuidado no âmbito da saúde do idoso com mobilidade reduzida

*Wiliam César Alves Machado**

Fundada em 1940, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) é o órgão responsável pela normatização técnica no país. A norma brasileira NBR 9050:2004 [1] institui parâmetros antropométricos para acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Trata-se de um manual da ABNT que contém o conjunto de Normas Técnicas para acessibilidade de pessoas com mobilidade reduzida e/ou deficiência a edificações, mobiliário e equipamentos urbanos. O manual é um instrumento de consulta obrigatória para arquitetos e engenheiros que se preocupam, em seus projetos, com a acessibilidade de todas as pessoas, independente da *performance* corporal/sensorial que apresentem. É também valioso, senão indispensável, para prefeituras, secretarias de obras, além de setores empresariais afetos ao planejamento e execução de projetos arquitetônicos para uso coletivo. O objetivo da norma é fixar padrões e critérios que visam proporcionar a todos condições adequadas e seguras de acessibilidade autônoma a edificações, espaços, equipamentos e mobiliário urbanos [2].

Quando aplicada ao universo de cuidados para com pessoas idosas e com limitações funcionais, a concepção da acessibilidade deve manter-se indissociável do compromisso de os ambientes estarem adequados, adaptados e seguros, de modo que tanto cuidador como quem receba seus cuidados possam circular com autonomia e independência funcional, em suas instalações. Mesmo que os ambientes estejam acessíveis há que se valer da presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa com mobilidade reduzida nas atividades da vida diária e autocuidado.

Nesse sentido, destaca-se que o bom cuidador [3] é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda o idoso a realizar as atividades que não consiga executar sozinho. Cuidar não é fazer as coisas pelo outro, mas ajudá-lo quando ele necessita, estimulando-o a conquistar sua autonomia, mesmo que seja através do desempenho de pequenas tarefas. Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação.

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO [3:28], sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que *"cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida"*. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Mesmo no envelhecimento saudável, a partir dos 80 anos se espera algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade de realização das atividades cotidianas. A intensidade e a freqüência deste comprometimento são muito variadas, dependendo das condições gerais de saúde, ao

** Doutor em Ciências da Enfermagem pela UFRJ, Professor Adjunto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Secretário Municipal do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Três Rios, Rio de Janeiro, Brasil*

longo da vida, e do modo de vida das pessoas em cada contexto sócio-econômico-histórico-cultural. Pautando-se no fato de que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida dos idosos, principalmente em relação a programas que proporcionem: promoção e melhoria da força muscular e de articulação; promoção, tratamento e reabilitação da capacidade funcional dos esfíncteres urinário e intestinal; integração social dentro e fora do contexto familiar; construção de um sistema adequado de suporte ao idoso; educação permanente ao longo da vida e valorização do processo de envelhecimento individual e populacional [4].

Indicadores sócio-demográficos divulgados pelo IBGE sobre perfil crescente da população brasileira de idosos requerem substantivas investidas das profissões da área de saúde. Relevantes para a Enfermagem, área de conhecimento e prática social que, acima de tudo, carece do implemento de estratégias no ensino, pesquisa e âmbito assistencial, focadas na consciência cidadã pela resolubilidade e eliminação das barreiras que cerceiam direitos de seus clientes quanto ao acesso a serviços/cuidados com qualidade.

A acessibilidade ao meio físico promove a inclusão, a equiparação de oportunidades e o exercício da cidadania para todas as pessoas. Ações que garantam a acessibilidade para pessoas com restrição de mobilidade aos serviços de saúde, sistemas de transportes, equipamentos urbanos e a circulação em áreas públicas são, nada mais, que o respeito de seus direitos fundamentais como indivíduos [5].

Dimensionada aos contextos institucionais e domiciliares do cuidado, acessibilidade implica conhecer para divulgar e compartilhar conhecimentos advindos da NBR 9050:2004. Sem domínio de seus meandros antropométricos e sua aplicação nos ambientes do cuidado, o enfermeiro e sua equipe ficam impedidos de oferecer o que a clientela idosa necessita em termos de bem-estar, conforto e segurança, além de se mostrarem sem parâmetros para orientar as famílias e/ou pessoas significativas quanto à adequação dos ambientes domiciliares.

Passados 20 anos da realização da I Assembléia Mundial do Envelhecimento, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, de 08 a 12 de abril de 2002, em Madri, a II Assembléia Mundial do Envelhecimento, na qual foi aprovado o Plano Internacional sobre o Envelhecimento 2002. Tanto no primeiro como no segundo evento foi destacada como prioritária a aplicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, assim como a necessidade de inclusão do idoso na vida social, cultural, econômica e política das sociedades [2].

Com efeito, a *Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE – 2003* [6] – assinala que havia 16.022.231 pessoas com 60 anos ou mais no país em 2002, representando 9,3% do total dos habitantes. A cada ano, mais de 600 mil pessoas ingressam nesse grupo etário, o que evidencia o dinamismo do envelhecimento no país. No ano 2020 espera-se que o número de pessoas acima de 60 anos atinja 25 milhões e represente 11,4% do total dos brasileiros.

Diante do envelhecimento populacional, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Além disso, o idoso deve ser avaliado de acordo com a concepção holística, com o objetivo principal de manutenção da capacidade funcional [4].

Políticas de inclusão para as pessoas idosas tornam-se urgentes não somente no Brasil, como também nos demais países do mundo, ante o acelerado processo de envelhecimento da população, bem como diante de um cada vez maior índice de expectativa de vida em um mundo perplexo diante dos desafios do processo de globalização. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do ano de 2003, havia, aproximadamente, 16,4 milhões de idosos, definidos como população de 60 anos e mais de idade. Esse número de idosos já correspondia a mais de 9,6% da população brasileira [7].

Vale ressaltar que de acordo com a ONU [2], no século XX produziu-se uma revolução de longevidade. A expectativa média de vida ao nascer aumentou 20 anos desde 1950 e chega agora a 66 anos, e se prevê que até 2050 tenha aumentado mais 10 anos. Na Ásia e na América Latina, a proporção do grupo classificado como idosos aumen-

tará de 8% para 15% entre 1998 e 2025, ao passo que na África é previsto que esta proporção cresça somente de 5% a 6% durante esse período, e que depois se duplique até o ano de 2050. Na África subsahariana, onde continua a luta contra o vírus da AIDS e as dificuldades econômicas e sociais, o percentual chegará à metade desse nível. Na Europa e América do Norte, entre 1998 e 2025, a proporção da população classificada como pessoas idosas aumentará de 20% para 28% e de 16% para 26%, respectivamente. Uma transformação demográfica mundial desse tipo tem profundas conseqüências para cada um dos aspectos da vida individual, comunitária, nacional e internacional. Todas as facetas da humanidade – sociais, econômicas, políticas, culturais, psicológicas e espirituais – experimentarão uma revolução.

Planejar cuidados para pessoas idosas implica, em primeira instância, na avaliação do grau de dependência das mesmas, em relação a ajuda do cuidador. Assim, a dependência pode ser considerada em três níveis: a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao ser humano em função do que é e do quanto produz; a dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, a falta de condições para realizar as tarefas da vida diária em diferentes graus de severidade e a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem. A dependência da pessoa idosa ocorre quando se torna incapaz de realizar as atividades da vida diária e, quando isso acontece, um cuidador assume a função de apoio, por meio do cuidado que pode ser permanente ou temporário. Tendo em vista que os cuidadores estão em condições de sobrecarga de trabalho e vivenciam situações de conflito em seu ambiente familiar que contribuem para o seu adoecimento, cabe aos profissionais de saúde propor políticas e implantar programas de suporte social à família, voltados para a realidade desses cuidadores [8].

Atender ao idoso de forma integral é preocupar-se não apenas com todos os aspectos do processo saúde-doença que o mesmo enfrenta. É fundamental atendê-lo em suas necessidades físicas, sensoriais, emocionais, espirituais e sociais, integrando-os com outras pessoas, em especial outros indivíduos da mesma faixa etária que a sua, proporcionando-lhes atividades e ocupação. Respeitar aos idosos, é respeitá-los em sua integralidade, proporcionar-lhes atividades culturais, de lazer e educativas; poderem ser transportados de um lugar a outro com segurança e conforto, para que exerçam seu direito à liberdade; desenvolver ambiente de convívio pacífico, sendo assegurados o bem-estar e a efetivação do seu direito à vida [9].

No escopo do Ministério da Saúde, a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade [10]. Sabe-se que a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa é bastante avançada, porém, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Não se pode perder de foco que o envelhecimento deve chegar naturalmente e com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

Isto posto, cumpre-nos – enfermeiros – a responsabilidade de agir no sentido de participar mais ativamente dos cursos para formação de cuidadores, particularmente, se engajados nas conjunturas universitárias de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo na promoção da oferta de cuidados em nível de excelência para a crescente

parcela de idosos da população brasileira. A evidente fragilidade estrutural dos serviços públicos de saúde em seus diversos níveis, a persistência nefasta do enfoque biomédico nos programas de ensino de Enfermagem, além das resistências ao novo da parte dos profissionais que atuam na área assistencial, não deve nos intimidar, tampouco ser motivo para que nos acomodemos. Não há mais tempo a perder, temos de acreditar e não podemos duvidar do potencial de cada um de nós para reverter o *statu quo*, avançando rumo ao que nos tornará efetivamente referência qualitativa para a saúde da sociedade.

Referências

1. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. NBR 9050:2004. Rio de Janeiro; 2004.
2. Organização das Nações Unidas. Plano de ação internacional contra o envelhecimento. Traduzido por: Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos: Brasília: 2007. 84 p.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Costa EC, Nakatani AYK;, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Acta Paul Enferm 2006;19(1):43-48.
5. Machado WCA. Vivências e deficiência – recortes da realidade: cotidiano dos conselhos municipais das pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Águia Dourada; 2008.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais 2003. IBGE: Brasília; 2004. 407p.
7. Brasil. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília; 2005.
8. Rocha MPF, Vieira MA, Sena RR. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. Rev Bras Enferm 2008;61(6):801-8.
9. Martins MS, Massarollo MCKB. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. Rev Esc Enferm USP 2008;42(1):26-33.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Enfermagem Brasil
Janeiro / Fevereiro 2009;7(1)

Artigo original

Crenças de pessoas hipertensas sobre barreiras e benefícios para o controle da doença

Cláudia Geovana da Silva Pires, M.Sc.*, Renata Pacheco Reis**, Fernanda Carneiro Mussi, D.Sc.***

**Enfermeira do Hospital São Rafael e Docente da Universidade do Estado da Bahia, **Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UFBA, Bolsista PIBIC-UFBA, financiada pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia 2006-2007, ***Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da UFBA*

Resumo

A pesquisa descritiva-exploratória identificou crenças em saúde sobre barreiras e benefícios relacionados às medidas de controle da hipertensão arterial, adotando como referencial teórico o Modelo de Crenças em Saúde. Foram entrevistados 106 adultos negros e hipertensos em um centro de saúde, em Salvador, utilizando-se uma Escala Likert de Crenças em Saúde. Os dados foram analisados em números absolutos e percentuais. Evidenciou-se que para comer menos doce, verificar a pressão arterial, manter peso ideal e parar de fumar predominaram benefícios em todas as sentenças e barreiras em 3 das 5 referentes a cada medida. Em todas as sentenças relativas a evitar preocupação e ter tempo para relaxamento predominaram benefícios e barreiras. Nas sentenças sobre benefícios para evitar bebidas alcoólicas, praticar exercício e consultar o médico houve maior percepção de benefícios. Todavia, respectivamente a essas medidas, identificou-se em 1 das 5, 6 das 9 e 1 das 5 sentenças sobre barreiras maior percepção de barreira. Nas 6 das 7 sentenças sobre benefícios para usar pouco sal, usar pouca gordura e ter horas de lazer/diversão houve maior percepção de benefícios, porém, respectivamente a essas medidas houve maior percepção de barreira em 3 das 4, 5 das 6 e 1 das 2 sentenças sobre barreiras. Para a maioria das medidas estudadas predominou crenças sobre benefícios e identificou-se indicadores para adesão ao tratamento.

Palavras-chave: hipertensão, educação em saúde, enfermagem.

Abstract

Health belief of hypertensive people about barriers and benefits for controlling the disease

This study identified popular beliefs in health about barriers and benefits related to arterial hypertension control, adopting as a theoretical reference the Health Belief Model. 106 adult hypertensive negro people were interviewed at a health center in Salvador, using the Likert Health Belief Scale. The information was analyzed in absolute values and percentages. It was evidenced that eating less sugar, verifying blood pressure, maintaining the ideal weight and quitting smoking predominated as benefits in all sentences and as barriers in 3 out of 5 relating to each measure. In all sentences relating to avoiding worries and having time for relaxing, predominated benefits and barriers. In the sentences about benefits of avoiding alcoholic beverages, practicing exercises and consulting a doctor, were identified in 1 of 5, 6 of 9 and 1 of 5 sentences about barriers,

Artigo recebido em 7 de julho de 2008; aceito em 12 de janeiro de 2009.
Endereço para correspondência: Cláudia Geovana da Silva Pires, E-mail: cgspires@uol.com.br

greater perception of barriers. Of the 6 and 7 sentences about the benefits of using less salt, less fat and having leisure/fun hours, there was a greater perception of benefits, nevertheless, respectively, to these measures, there was a greater perception of barriers in 3 of 4, 5 of 6 and 1 of 2 sentences about barriers. For most of the measures studied, the health beliefs on benefits predominated and indicators for adherence to the treatment were identified.

Key-words: hypertension, health education, nursing.

Resumen

Creencia de personas hipertensas sobre las barreras y beneficios para el control de la enfermedad

La investigación descriptiva-exploratoria identificó creencias en la salud sobre barreras y beneficios relacionados a las medidas de control de la hipertensión arterial, adoptando como referencial teórico el Modelo de Creencias en la Salud. Fueron entrevistados 106 adultos negros e hipertensos de un centro de salud, en Salvador, utilizándose la Escala Likert de Creencias en la Salud. Los datos analizados fueron en números absolutos y porcentuales. Evidenciase que comer menos dulce, verificar la presión arterial, mantener el peso ideal y parar de fumar predominaran beneficios en todas las sentencias y barreras en 3 de las 5 referentes a cada medida. En todas las sentencias relativas a evitar preocupaciones y tener tiempo para relajamiento predominaran beneficios y barreras. En las sentencias sobre beneficios de evitar bebidas alcohólicas, practicar ejercicio y consultar el médico hubo mayor percepción de beneficios. Todavía, respectivamente, a esas medidas, identificase en 1 de las 5, 6 de las 9 y 1 de las 5 sentencias sobre barreras mayor percepción de barrera. En las 6 de las 7 sentencias sobre beneficios para usar poco sal, usar poca gordura y tener horas de recreo/diversión hubo mayor percepción de beneficios, pero, respectivamente, a esas medidas hubo mayor percepción de barrera en 3 de las 4, 5 de las 6 y 1 de las 2 sentencias de barreras. Para la mayoría de las medidas estudiadas predominaron creencias sobre beneficios e identificase indicadores para adhesión al tratamiento.

Palabras-clave: hipertensión, educación en salud, enfermería.

Introdução

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, de múltiplas expressões, e que se constitui em relevante problema de saúde pública dada as suas implicações econômicas e sociais, cabendo ressaltar que: 1) apresenta um contínuo elevado índice de prevalência e de mortalidade, no contexto nacional e internacional [1]; 2) é uma doença desencadeada de forma isolada ou está associada ao agravamento de diversas doenças [1] e é multifatorial – associada a fatores de risco modificáveis como tabagismo, uso excessivo de álcool, sedentarismo, obesidade, alimentos calóricos, estresse e, não modificáveis, como sexo, idade e raça; 3) em virtude do seu caráter crônico e incapacitante gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na auto-estima e autoconceito do indivíduo [2]; 4) aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, incluindo a "medicalização" da alimentação, da atividade física, além da mudança de hábitos de vida [1]; 5) o patamar de adesão é insatisfatório contribuindo para a morbimortalidade da doença [2,3]. Esse panorama revela que é imprescindível a prevenção e o controle da hipertensão arterial e que a gama de fatores de risco associados à doença implica na mudança de estilo de vida.

Em 2001, o governo federal lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus com o propósito de "vincular as pessoas portadoras desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços" [4]. O grande desafio desse plano é manter a adesão das pessoas hipertensas ao regime terapêutico, fato que não é observado em virtude da alta prevalência da doença e da baixa taxa de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso [2,3].

A análise da literatura mostra que vários fatores interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial e revelam que a adesão é perpassada por dimensões biológicas, sócio-econômicas, culturais e ambientais. Entre esses fatores destacam-se os relacionados à terapêutica – eficácia em relação aos sinais e sintomas, freqüência de dosagens e horário da tomada de medicamentos, incidência de efeitos colaterais e custo econômico da medicação; ao sistema de saúde – facilidade de acesso, disponibilidade

de equipe multiprofissional e medicamentos, busca ativa dos casos, sistema de controle da clientela registrada e satisfação do paciente quanto ao atendimento –; e ao indivíduo – sexo, idade, capacidade de adaptação a um novo estilo de vida, experiência e percepção da hipertensão arterial, desejo de aprender sobre a doença e tratamento, motivação para seguir o tratamento, apoio familiar e social [1,5]. No entanto, pouco tem sido explorado sobre as crenças de pessoas negras hipertensas relacionadas às medidas de controle da doença – dieta hipossódica e com baixo teor de gordura saturada e colesterol, abandono do tabagismo, redução do consumo de álcool, prática de atividade física, lazer, relaxamento, manutenção do peso corporal ideal, controle da pressão arterial. Entende-se que a condição de estar doente relaciona-se com as crenças e os comportamentos apreendidos e incorporados pelas pessoas por meio da convivência social e cotidiana com a doença. Portanto, é inegável que o controle da pressão arterial não se limita apenas a abordagem do corpo doente. É necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade da pessoa como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e de cuidar de si, e é preciso conceber que o controle da hipertensão arterial envolve questões sociais, culturais, percepções e experiências individuais acerca do fenômeno.

Com base no exposto definiu-se como objeto de estudo desta investigação: crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre barreiras e benefícios relacionados às medidas de controle da doença. Nesse sentido, indagou-se: Quais as crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre as barreiras e benefícios quanto às medidas de controle da doença?

Assim sendo, constitui-se em objetivo da pesquisa: Identificar as crenças em saúde de pessoas negras hipertensas sobre as barreiras e benefícios relacionados às medidas de controle da doença.

Material e métodos

Tipo de estudo: trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória.

Referencial teórico: escolheu-se o Modelo de Crenças em Saúde. Crenças são informações fornecidas pela família e pela sociedade desde a infância, são reforçadas pela cultura e influenciam o comportamento. A premissa básica desse modelo é que o mundo do percebedor e sua motivação determinam o seu comportamento e não o ambiente físico [6,7]. O modelo é um instrumento conceitual valioso para compreensão de uma variedade de comportamentos relacionados à saúde: alterações de dieta, obediência a regimes médicos, decisão de parar de fumar, entre outros [7]. Para explicar a ação preventiva, foi publicado por Rosenstock, em 1966 e, posteriormente, aplicado a comportamentos relacionados à manutenção da saúde em geral, incluindo a procura do diagnóstico e o atendimento correto às recomendações médicas [6]. O modelo é demonstrado por quatro variáveis: susceptibilidade percebida – refere-se à percepção subjetiva do risco da pessoa em contrair determinada condição ou doença –; severidade percebida – o grau de severidade da doença é avaliado pelo grau de estimulação emocional criado em torno dela e pelas diversas conseqüências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que a mesma acarreta –; benefícios percebidos (referem-se à crença na efetividade da ação); e barreiras percebidas – os aspectos negativos da ação são avaliados em uma análise do tipo custo-benefício, considerando possíveis custos de tempo, dinheiro, esforço e aborrecimento. O potencial para ação é resultado da combinação das variáveis susceptibilidade e severidade percebidas na doença, enquanto que a modalidade de ação é escolhida em função da percepção dos benefícios menos às barreiras percebidas nos comportamentos em saúde. No presente estudo serão investigadas as variáveis benefícios e barreiras percebidas para o controle da hipertensão arterial devido a complexidade do modelo.

A pesquisa foi realizada num centro de saúde do município de Salvador, situado no bairro da Liberdade, que abriga no seu contingente populacional 82,8% de pessoas da cor preta e parda [8] e que serve de referência para o atendimento de pessoas com hipertensão arterial.

Participaram do estudo 106 pessoas adultas (cor preta e/ou parda), de ambos os gêneros, com diagnóstico médico de hipertensão arterial há no mínimo seis meses, que compareciam ao local de estudo para consulta e/ou verificação da pressão arterial, e que estavam cadastradas no programa de hipertensão do referido centro de saúde. Para o cálculo do tamanho da amostra, assumiu-se a freqüência esperada de benefícios de 50%, com um erro aceitável de 40%, nível de significância de 5% e poder da amostra em torno de 60%. A escolha da raça/cor negra deve-se a maior prevalência da hipertensão arterial, quando comparada na branca,

pelos indivíduos negros e apresentarem a doença mais cedo e níveis tensionais mais elevados. Além disso, como a pesquisa estuda crenças, acredita-se na especificidade delas relacionada à raça/cor negra considerando a história desse povo desde a época da escravidão e a exclusão social [3].

A coleta de dados foi realizada de 17 de julho a 27 de setembro de 2006. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, enquanto aguardavam a verificação da pressão arterial ou a consulta pela equipe multidisciplinar. Após o convite para participar da pesquisa foram explicados os objetivos e, em caso de aquiescência, a pessoa era encaminhada para uma sala privativa, para leitura, esclarecimento e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida a entrevista era iniciada e gravada. Ao término, agradecia-se ao entrevistado a contribuição à pesquisa. Aos participantes foram assegurados o sigilo da identidade pessoal, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento e a privacidade. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

A parte I do formulário aplicado foi constituída por questões fechadas sobre dados de caracterização dos participantes. A Parte II foi composta pela "Escala de Crenças", extraída da tese de doutorado de Dela Coleta [7] e obtida sua autorização para uso nesta pesquisa. A Escala apresenta sentenças sobre crenças de barreiras e benefícios relacionados a cada um dos treze comportamentos de saúde referentes às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, quais sejam: usar pouco sal na comida; comer menos gorduras; comer menos doce, menos açúcar; fazer exercícios várias vezes na semana; evitar preocupações; ter suas horas de lazer e diversão; ter um tempo para descanso, sossego, relaxamento e meditação; procurar medir a pressão arterial; consultar o médico uma vez por ano; não fumar/parar de fumar; evitar bebidas alcoólicas; manter o peso ideal para a idade e a altura; tomar os remédios receitados pelo médico, quando doente. Na apresentação da escala para cada comportamento de saúde, os itens (sentenças) sobre "benefícios percebidos" foram intercalados aos itens sobre "barreiras percebidas". O levantamento das crenças sobre cada comportamento de saúde era precedido da pergunta: Qual a sua opinião sobre...? Para exemplificar, temos:

1. Qual a sua opinião sobre usar pouco sal na comida?	DT=1	D=2	I=3	C=4	CT=5
BENSAL – Deve-se usar pouco sal na comida porque ele aumenta a pressão arterial.					
BARSAL - A comida com pouco sal não tem gosto.					

A escala é apresentada no formato *Likert,* com cinco níveis de resposta, variando de DT (discordo totalmente = 1), D (discordo = 2), I (indeciso = 3), C (concordo = 4) até CT (concordo totalmente = 5). Para facilitar a resposta, foi entregue ao participante uma figura para que pontuasse a sua resposta à medida que as frases eram lidas, na qual as cores verde, azul, rosa, amarela e vermelha corresponderam a esses níveis.

As entrevistas gravadas foram digitadas nos formulários e os dados foram codificados, digitados e processados no SPSS for Windows. A análise de crenças sobre barreiras e benefícios relacionados às treze medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial e dos dados de caracterização foram feitas com base em números absolutos e percentuais.

Resultados

Dos 106 participantes entrevistados, mais de 2/3 eram mulheres (73,6%). A idade mediana foi de 54 anos. Os 50% dos participantes com idade mais jovem encontravam-se nas faixas etárias < 45 (24,5%) e 45 a 54 (24,5%). Ainda, que 51% dos mais velhos, isto é, com idade ≥ 54 encontravam-se na faixa etária de 54 a 63 anos (26,5%); de 63 a 69 anos (16%) e apenas nove pessoas estavam com idade ≥ a 70 anos (8,5%). Apresentaram predominantemente baixa escolaridade (até o 1° grau – 63,2%) e baixa renda familiar, menor que um salário mínimo (52,8%). Mais da metade dos participantes exercia atividade profissional, incluindo o trabalho doméstico (67,0%) e vivia sem companheiro (61,3%). Registrou-se predomínio da religião católica (69,8%). Mais de 2/3 da amostra receberam o diagnóstico médico de hipertensão

arterial há mais de um ano (80,2%); estavam em tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso (87,7%).

Os 106 participantes do estudo foram questionados quanto à presença de alguns fatores de risco cardiovascular, doenças associadas e hábitos de vida. Verificou-se que a maioria não fumava (90,5%), mas era sedentário (74,5%), isto é, não praticava atividade física regular, pelo menos três vezes por semana. Destaca-se ainda que mais da metade da amostra tinha história familiar de doença arterial coronariana. Quase metade informou hipercolesterolemia, mas, surpreendentemente, ainda 43,4% não sabiam se tinham alteração nos níveis séricos de colesterol. Ainda surpreendente foi a falta de informação dos participantes quanto a doenças associadas à hipertensão arterial, ou seja, 74,5% e 88,6% não sabiam, respectivamente, se eram diabéticos ou se haviam sofrido infarto agudo do miocárdio.

A análise das sete sentenças sobre crenças referentes à percepção dos benefícios associados ao uso de pouco sal na comida mostraram que os participantes concordaram em parte ou totalmente quanto aos maléficos do sal para a saúde (BENSAL 2 - 94,3%); para o aumento da pressão arterial (BENSAL 1 - 98,1%); e para problemas renais (BENSAL 4 - 69,8%). Além desses, 97,2% também concordaram em parte e totalmente que os médicos estão certos ao recomendarem o uso de pouco sal (BENSAL 5) e mais de 2/3 acreditavam que o uso de muito sal leva à perda do paladar e do apetite (BENSAL 3 - 70,8%). Esses dados mostraram o predomínio da percepção de benefícios referentes a usar pouco sal em 6 sentenças. Entretanto, metade da amostra discordou em parte ou totalmente que a comida com pouco sal é mais gostosa (50,9%), apontando essa sentença para a percepção de menos benefícios.

Quanto as 4 sentenças referentes à barreira para usar pouco sal, verificou-se que para três delas a maioria dos participantes concordou em parte ou totalmente que a comida com pouco sal não tem gosto (BARSAL 1 -71,7% %); que quem não faz sua própria comida não pode diminuir o sal (BARSAL 3 -72,6%%) e que para comer comida com pouco sal a pessoa deve ter força de vontade (BARSAL 4 - 92,4%%) mostrando maior percepção de barreira. Para a crença "para a maioria das pessoas o sal não faz mal" a maioria dos participantes discordou em parte ou totalmente havendo assim menor percepção de barreira (BARSAL 2- 52,9%).

Havia 7 sentenças referentes a crenças sobre benefícios e seis sobre barreiras associadas a comer com pouca gordura. A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos maléficos da comida com gordura por produzir colesterol (BENGORD 1 - 100%); por fazer mal à saúde (BENGORD 2 -91,5%); por ser pesada e de difícil digestão (BENGORD 3 - 94,3%); por causar problemas cardiovasculares (BENGORD 4 - 99%) e (BENGORD 5 - 98,1%); e por causar obesidade (BENGORD 7 - 99%). Esses dados demonstraram o predomínio de sentenças sobre a percepção de benefícios referentes a comer comida com menos gordura. Entretanto, quase metade da amostra discordou em parte ou totalmente quanto à sentença "a comida com menos gordura é ruim de gosto" (BENGORD 6- 49,1%), apontando a percepção de menos benefícios.

A percepção de menos benefícios quanto à crença de que a comida com menos gordura é ruim de gosto foi reforçada, identificando-se que mais da metade dos participantes percebeu barreiras quanto a essa sentença (BARGORD 3 - 57,6%) e pelo fato de 73,6% terem considerado que algumas comidas com gordura são deliciosas (BARGORD 1). Se por um lado, como destacado acima, a maioria dos participantes percebeu mais benefícios para comer com menos gordura, também é verdade que houve menor discordância quanto aos prejuízos da comida com gordura (BARGORD 2 - 67,9%), indicando menor percepção de barreira. A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que é muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo (BARGORD 4 – 88,7%); que muitas vezes não se tem escolha e a pessoa tem que comer o que está disponível (BARGORD 5 - 96,2%); e que é difícil mudar se uma pessoa está acostumada a comer gorduras (BARGORD 6 – 88,7%), indicando maior percepção de barreiras para comer comida com menos gordura.

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos prejuízos da comida com mais doce, considerando as crenças de que o açúcar engorda, e que causa obesidade (BENDOCE 1 -93,4%); comer pouco açúcar evita diabetes (BENDOCE 2 - 97,2%); comer pouco açúcar é bom para a saúde (BENDOCE 3 - 94,3%); comer doces aumenta o açúcar no sangue (BENDOCE 5 - 95,2%); o açúcar engrossa o sangue (BENDOCE 6 - 78,3%). Esses resultados demonstraram o predomínio da percepção de benefícios referentes a 5 das

6 sentenças de benéficos associadas a comer comida com menos doce. Todavia, 77,3% concordaram em parte e totalmente com que se a pessoa gosta muito de doces é impossível não comê-los (BENDOCE 4), apontando a percepção de menor benefício, identificando-se que 71,7% dos participantes perceberam barreiras quanto a essa sentença (BARDOCE 1). A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que a pessoa que está acostumada a comer doces não consegue ficar sem comê-los (BARDOCE 2– 81,1%); doce alimenta (BARDOCE 3 – 81,1%); uma pessoa tem que comer doce se tiver vontade (BARDOCE 4 – 81,1%), indicando maior percepção de barreiras para 3 das 5 sentenças sobre barreiras para comer comida com menos doce. Mais da metade da amostra discordou em parte e totalmente que seria horrível não poder comer doce (BARDOCE 5-55,7%), apontando para menor percepção de barreira, mas ainda 44,4% perceberam maior crença sobre barreiras ao concordarem em parte ou totalmente com essa sentença.

Os participantes concordaram em parte e totalmente em todas as 9 sentenças referentes aos benefícios da prática de exercício físico para manter a boa saúde (BENEXERC 1 - 98,9%); para obter disposição, ânimo (BENEXERC 2 - 97,2%); para o coração e a circulação (BENEXERC 3 - 98,1%); para a melhoria da condição física (BENEXERC 4 - 98,1%); para manter a forma e o peso (BENEXERC 5 - 99%); para evitar o estresse e preservar a saúde mental (BENEXERC 6- 99%); para as articulações (BENEXERC 7 - 96,2%); para dormir melhor (BENEXERC 8 -83,9%); e ter apetite (BENEXERC 9 - 83,9%). Embora percebessem benefícios quanto aos resultados proporcionados pelo exercício (BENEXERC 1 a 9), perceberam maior crenças sobre barreiras (em 4 das 5 sentenças) para colocar em prática a atividade física ao concordarem em parte ou totalmente que exercícios são apenas para quem tem tempo (BAREXERC 1- 66,9%); que fazer exercício exige muitos esforços (BAREXERC 2- 84%); e que para fazer exercício é preciso ter força de vontade (BAREXERC 3- 96,2%). Ainda perceberam barreiras para fazer exercício ao considerarem que causa muito cansaço (BAREXERC 4 - 75,5%). Somente para a sentença "só pratica exercícios quem é desinibido" os participantes discordaram em parte e totalmente (BAREXERC 5- 66%), apontando neste caso a menor percepção de barreiras.

Os participantes concordaram em parte e totalmente quanto aos danos provocados pelas preocupações (BENSTRESS 1 e 2 - 100% cada); (BENSTRESS 3 - 89,6%); (BENSTRESS 4 - 99%); (BENSTRESS 5 - 99,1%) e (BENSTRESS 6 - 95,3%), o que denotou maior percepção de benefícios nas 6 sentenças para evitá-las. Os participantes também concordaram em parte e totalmente que "é difícil viver sem preocupações" (BARSTRESS 1 – 100%); e que "os problemas financeiros não deixam que as pessoas se despreocupem" (BARSTRESS 2 – 100%). Nas demais sentenças, o predomínio da percepção de barreiras foi de 94,4% para "o trabalho não permite viver sem preocupações" (BARSTRESS 3); 96,2% para "quem tem família não consegue se despreocupar" (BARSTRESS 4); e 99% para "é difícil viver sem preocupações quando se tem muita responsabilidade" (BARSTRESS 5).

Os participantes perceberam crenças em saúde sobre benefícios para ter horas de lazer e diversão, considerando que esta prática serve para descontrair, aliviar as tensões, esquecer as preocupações e descansar a cabeça (BENLAZER 1 - 99,2%); o lazer faz bem para a saúde física e mental (BENLAZER 3 -100%); que o homem tem necessidade de lazer, faz parte da vida (BENLAZER 4 -100%); o lazer ajuda a trabalhar melhor, mais tranqüilo (BENLAZER 5 - 99,1%); a diversão dá alegria para viver (BENLAZER 6 - 98,1%); e que o lazer deve ser equilibrado com trabalho (BENLAZER 7 -100%). Apenas para a sentença "só quem tem tempo pode ter lazer" (BENLAZER 2), a porcentagem para discordo em parte e totalmente foi de 38,7%, havendo para esses participantes menor percepção de benefício. Quase 2/3 dos participantes concordaram em parte e totalmente que "não dá para ter diversão porque as coisas estão muito caras" (BARLAZER 1- 65,1%), mostrando maior percepção de barreira para ter horas de lazer e diversão. Metade dos participantes concordou em parte e totalmente e metade discordou em parte e totalmente quanto a "só quem tem saúde pode se divertir ou passear" (BARLAZER 2).

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos benefícios do descanso para renovar as energias e restaurar a mente e o corpo (BENRELAX 1 -98,1%); por oferecer tranqüilidade, ânimo e bem-estar (BENRELAX 2 -100%); por aliviar as tensões e evitar o estresse (BENRELAX 3 - 99,1%); porque descansar ou relaxar faz bem para a saúde (BENRELAX 4 - 99,1%); porque quem trabalha deve descansar (BENRELAX 5 -100%); e porque vive mais quem tem tempo para o descanso

apontando maior percepção de benéficos em todas as 6 sentenças (BENRELAX 6 – 72,6%). A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente que só descansa quem tem tempo (BARRELAX 1 – 53,8%); que quem não está acostumado, não consegue descansar (BARRELAX 2 – 83%); e que quem trabalha muito não consegue relaxar (BARRELAX 3 – 68%), indicando maior percepção de barreiras para o comportamento ter um tempo para o descanso, sossego, relaxamento e meditação nas três sentenças sobre barreiras.

A maioria dos participantes percebeu crenças em saúde sobre benefícios para verificação da pressão arterial, considerando que conhecer o valor da pressão arterial informa o estado de saúde e previne problemas de saúde (BENPA 1 e 3 C e CT = 99% cada), BENPA 2 e 4 C e CT = 100% cada), BENPA 5 C e CT = 98,1%). A maioria dos participantes discordou em parte e totalmente que quem se sente bem não precisa medir a pressão (BARPA 1 – 83,0%); que não é importante ou necessário conhecer o valor da pressão (BARPA 2 - 96,2%); e que não se deve conhecer o valor da pressão para não se preocupar (BARPA 3 – 93,9%), indicando menor percepção de barreiras para verificar a pressão arterial. Salienta-se que mais da metade dos participantes concordou ou totalmente que para medir a pressão arterial a pessoa tem que ter tempo (BARPA 4 - 52,8%); e que ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão (BARPA 5 -59,4%), mostrando maior percepção de barreira.

Chamou a atenção o fato dos participantes concordarem em parte e totalmente em 100% quanto aos benefícios de consultar o médico uma vez por ano nas três sentenças sobre benéficos (BENMED 1, 2 e 3). A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente em 6 das nove sentenças sobre barreiras que: só vai ao médico quem é preocupado com a saúde (BARMED 2 - 89,6%); deve-se procurar o médico só em caso de necessidade (BARMED 3 - 59,4%); gasta-se muito tempo com consultas e exames (BARMED 4 - 89,6%); ir ao médico é desagradável (BARMED 7 - 55,7%); quem vai ao médico acha um monte de doenças (BARMED 8 80,2%); e os exames e tratamentos médicos são muito cansativos (BARMED 9 - 80,2%), indicando maior percepção de barreiras. A grande maioria discordou em parte e totalmente que "quem não sente nada não precisa ir ao médico" (BARMED 1 - 82%); e que "não é importante consultar o médico todo ano" (BARMED 6 - 86,8%); e 52,9% (BARMED 5) discordaram em parte e totalmente que "para ir ao médico todo o ano é preciso ter dinheiro". Esses resultados apontaram para menor percepção de barreiras.

Chamou também a atenção o fato dos participantes concordarem em parte e totalmente na sua grande maioria quanto aos benefícios de não fumar ou parar de fumar nas seis sentenças da escala, reconhecendo que: o cigarro prejudica a saúde (BENFUMO 1 – 99%); o fumo prejudica o pulmão" (BENFUMO 2 – 99,1%); o fumo incomoda as outras pessoas (BENFUMO 3 – 99%); o fumo tira o apetite (BENFUMO 4 – 64,2%); as pessoas não foram feitas para respirar fumaça (BENFUMO 5 – 100%); o fumo dá mau hálito (BENFUMO 6 – 91,5%). Quanto às crenças em saúde sobre as barreiras para não fumar ou parar de fumar, a maioria dos participantes concordou em parte e totalmente em: "é difícil acabar com o vício de fumar" (BARFUMO 1 – 61,3%); "o cigarro prejudica a respiração e o fôlego" (BARFUMO 2 – 98,1%); "fumar faz mal ao coração e à circulação" (BARFUMO 4 – 99,1%); e "parar de fumar dá angústia" (BARFUMO 6 – 51,9%), mostrando maior percepção de barreira. Os participantes discordaram em parte e totalmente em mais de 50% nas sentenças: "fumar moderadamente não faz mal" (BARFUMO 3 – 84%); e "fumar acalma e dá prazer" (BARFUMO 5 – 53,8%), apontando menor percepção de barreira quanto a este comportamento.

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos prejuízos do consumo do álcool para saúde, considerando as crenças de que "o álcool faz mal à saúde" e "a bebida faz mal ao fígado e ao coração" (BENBEBO 1 e 2 - 98,1%); " a bebida prejudica o cérebro e os nervos" (BENBEBO 3 - 92,5%); "o álcool perturba a mente e altera o comportamento" (BENBEBO 4 - 83,1%); e " beber é um vício, uma fraqueza" (BENBEBO 5 - 73,6%). Esses resultados demonstraram o predomínio da percepção de benefícios nas 5 sentenças referentes a evitar bebida alcoólica. Todavia, mais da metade dos participantes discordaram em parte e totalmente que: se tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica, sofreria muito (BARBEBO 2 - 67,9%); uma das melhores coisas da vida é beber numa rodinha de amigos ou de pessoas agradáveis (BARBEBO 3 - 58,5%); não conseguiria ficar sem beber (BARBEBO 4 - 75,5%); e é difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho, evidenciando menor percepção de crenças

em saúde sobre barreiras quanto a não beber em 3 das cinco sentenças. Ainda 48,1% (BARBEBO 1) concordaram em parte e totalmente que beber moderadamente não faz mal; e discordou em parte e totalmente quanto às crenças em relação a mesma sentença (47,1%).

Verificou-se o predomínio de crenças em saúde sobre benefícios para manter o peso ideal para a idade e para a altura, em todas as sete sentenças da escala, considerando que os participantes concordaram em parte e totalmente que com o peso adequado a pessoa tem mais disposição e bem estar (BENPESO 1 – 100%); o excesso de peso faz mal à saúde (BENPESO 2– 97,2%%); o excesso de peso atrapalha os movimentos e a agilidade da pessoa (BENPESO 3 – 96,2%); quem está acima do peso pode ter problemas de coração (BENPESO 4 – 99%); é bom controlar o peso para manter a forma, ficar elegante (BENPESO 5 – 95,3%%); o gordo tem problemas de coluna (BENPESO 6 – 99,1%); a obesidade é uma doença (BENPESO 7 – 95,3%). Assim, perceberam benefícios para o controle do peso considerando o bem-estar, a preservação da mobilidade, locomoção e estética, e as complicações do excesso de peso. Predominaram crenças em saúde mais relacionadas a barreiras ao concordarem em parte e totalmente que perder peso é um sacrifício (BARPESO 1 78,3%); que emagrecer é muito difícil (BARPESO 2- 81,1%); e que a pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer (BARPESO 4- 83,9%). Por outro lado, predominaram menor crenças sobre barreiras ao discordarem em parte ou totalmente que é melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso (BARPESO 3- 67,9%); e que a pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer (BARPESO 5- 86,7%%).

Quanto às crenças em saúde, relacionadas a tomar os remédios receitados pelo médico, predominou a percepção de benefícios nas três sentenças (BENREM 1 100%; BENREM 2 - 98,1%, BENREM 3 - 96,2%), ao considerarem que o médico sabe o que faz porque estudou para isso, que os remédios podem curar o problema e que se deve confiar no médico. Assim como os participantes perceberam benefícios para confiar nos médicos (BENREM 3), perceberam menor barreiras (BARREM 2-60,4%) também para depositar a confiança nesse profissional. Predominaram crenças em saúde mais relacionadas a barreiras, ao concordarem em parte e totalmente que remédios são sempre um veneno, não são naturais (BARREM 1 - 53,7%); e que os remédios são muito caros (BARREM 3 - 98,1%). É provável que a baixa condição sócio-econômica tenha influenciado esta crença.

Discussão

O grupo de pessoas estudado foi caracterizado predominantemente por mulheres (73,6%), com idade mediana de 54 anos, pela baixa escolaridade e renda mensal, por não contar com companheiro (a) e exercer alguma atividade laboral.

De acordo como o Modelo de Crenças em Saúde [6,7], a pessoa, para mudar comportamentos de saúde, necessita primeiramente valorizar os benefícios das mudanças de estilo de vida, ou seja, acreditar que são capazes de reduzir sua suscetibilidade ou severidade da doença. As crenças sobre barreiras podem ser impeditivas para que tome decisões relacionadas à prevenção e ao controle de doenças. Como vimos, nos resultados, de modo geral, predominou a percepção de crenças sobre benefícios para a maioria das medidas de controle da hipertensão arterial. Embora se acredite que a percepção de benefícios quanto à adoção dessas medidas não implique necessariamente na coerência e efetividade da ação, a crença é, por si só, um forte preditor do comportamento de saúde. Assim, a superação de crenças sobre benefícios em relação às barreiras pode ser um preditor favorável a adesão ao tratamento.

A análise das crenças mostrou, entre as sentenças associadas à percepção de benefícios para usar pouco sal na comida, o predomínio de benefícios, considerando os malefícios que o excesso de sal traz à saúde, o aumento da pressão arterial, e a perda do paladar e do apetite. Embora os participantes pouco tenham discordado dos maléficos do sal perceberam mais crenças sobre barreiras e menos sobre benefícios para a comida pouco palatável quando preparada com pouco sal, confirmando a sensação de prazer vivida ao ingerir comidas com sal. "Assim, optar pela comida preparada com pouco sal implica em fazer esforço, ter menos prazer, e ter que estar envolvido no preparo do alimento. Nesse sentido, as pessoas precisam ser ajudadas a utilizar outros elementos culinários no preparo dos alimentos, como, por exemplo, uso de mais limão ao invés do sal, vinagre, azeite doce, entre outros, a fim de melhorar o sabor da comida. Vale ressaltar que a culinária nordestina,

mais especificamente a baiana, é rica em pratos tradicionais preparados com muito sal, muita gordura e muitos condimentos. Assim, as pessoas que têm hipertensão arterial, como o grupo entrevistado neste estudo, necessitam também da ajuda de amigos e familiares para manter a prática saudável de usar pouco sal na comida [9].

Se por um lado, a maioria dos participantes viu mais benefícios e menos barreiras para comer com menos gordura devido aos danos que acarreta, indicando menos percepção de barreira, a maioria dos participantes, nas sentenças sobre barreira, concordou em parte e totalmente que é muito difícil fazer regime e não poder comer de tudo (88,7%), que muitas vezes, por não dispor de escolhas, a pessoa tem que comer o que se encontra disponível (96,2%) e que é difícil mudar se uma pessoa está acostumada a comer gorduras (88,7%), indicando maior percepção de barreiras para comer comida menos gordurosa. O predomínio da percepção de crenças de menor benefício ou maior barreira para comer comida com menos gordura foi predominantemente atrelado à diminuição do seu paladar, à restrição na escolha do que comer e a dificuldade de mudança desse hábito de vida. Vale ressaltar que a baixa renda pode influenciar na crença de que muitas vezes, porque não há o que escolher, a pessoa come o que existe e, desse modo, estes fatos se constituem em barreira para evitar comida com menos gorduras. Para a pessoa hipertensa, é importante uma dieta equilibrada, com reduzido teor de sódio, baixos níveis de gordura saturada e restrição ao açúcar refinado. Contudo, ao enfocar sobre a reeducação alimentar, é preciso levar em conta que, o comer, entre as providências voltadas à manutenção da saúde, é das mais importantes da vida, podendo ser sentido como um prazer, uma grande compensação ou até mesmo como uma forma de sublimação de seus problemas [10].

A predominância dos benefícios quanto a fazer exercícios foi associada as suas vantagens para melhorar a condição de saúde, e a percepção de barreiras ao fato de que fazer exercício implica em sacrifício pessoal, cansaço, tempo disponível, não sendo tão fácil aderir à prática da atividade física apesar de seus benefícios. Essas barreiras indicam as possíveis dificuldades encontradas pela maioria dos sedentários deste estudo para mudança desse comportamento.

Estudos recentes evidenciaram o efeito do estresse psicoemocional na reatividade cardiovascular e da pressão arterial [11]. Quanto ao estresse, nossos resultados mostraram que, a despeito dos benefícios desfrutados por um indivíduo capaz de evitar preocupações, as barreiras estão estreitamente ligadas à crença de que a preocupação é fator inerente à própria condição do ser humano e da vida, ou seja, enquanto ser humano ativo, que trabalha e se relaciona, inserido em um contexto social muitas vezes adverso a uma vida digna. Nesse sentido, evitar preocupações é um desafio para o controle da saúde e prevenção de doenças, pois sofre influência do meio ambiente, dos comportamentos das pessoas e das condições de vida. Há que se destacar que parece difícil a pessoa querer se afastar, evitar, ou ocultar o que talvez considere como intrínseco à vida, uma preocupação vital.

Quanto a crenças sobre ter horas de lazer e diversão vimos que os participantes valorizaram a importância dessa prática para esquecer os problemas e melhorar a qualidade de vida, salvo que a baixa condição sócio-econômica se constitui como uma barreira para a ação e a percepção do encarecimento dos meios de lazer, selecionando e excluindo uma grande parte da sociedade. Aí está também um desafio para as autoridades públicas, no sentido de investirem em práticas públicas de lazer e diversão.

A maioria dos participantes concordou em parte e totalmente quanto aos benefícios associados a ter um tempo para descanso, relaxamento, meditação em todas as sentenças, mas também perceberam predominantemente barreiras nas sentenças sobre barreiras para esse comportamento, mostrando que o descanso implica em tempo, em saber descansar e não trabalhar tanto. Essas crenças sobre barreiras somadas as condições sócio-econômicas dos participantes do estudo podem ser restritivas a mudança desse comportamento.

Grande parte dos participantes percebeu mais benefícios e menos barreiras para verificação da pressão arterial, considerando que conhecer o seu valor informa o estado de saúde e previne problemas de saúde, revelando que esse é um parâmetro valorizado por eles como forma de indicar o seu controle. Contrapondo-se a isto, o fato de mais da metade concordar, nas sentenças sobre barreiras, que para medir a pressão arterial a pessoa tem que ter tempo (52,8%); e que ninguém vai pagar consulta só para medir a pressão (59,4%), mostrou maior percepção de barreira e evidenciou a não valorização da importância do rigor na verificação da pressão

arterial. Alavarce *et al.* [12] sugerem que essa medida seja realizada em todas as consultas médicas, independente da especialidade, pois se trata de um procedimento fácil de ser executado e, se realizado corretamente, é uma das maneiras mais rápidas, seguras e eficazes de se detectar a doença.

Chamou atenção o fato de os participantes concordarem em parte e totalmente em 100% quanto aos benefícios de consultar o médico uma vez por ano. Se por um lado, evidenciou-se maior percepção de barreiras para a consulta médica, por outro, para a grande maioria dos participantes, identificou-se menor percepção de barreiras para as crenças: "quem não sente nada não precisa ir ao médico", "não é importante consultar o médico todo ano" e "para ir ao médico todo o ano é preciso ter dinheiro". A percepção de barreiras para consultar o médico uma vez por ano foi associada ao custo do atendimento médico, ao dispêndio de tempo para exames e consultas, a possibilidade de defrontar-se com doenças e a natureza exaustiva dos exames e tratamentos. Um estudo desenvolvido com pessoas hipertensas em Minas Gerais apontou que as principais dificuldades de acesso à consulta médica foram à situação financeira, o deslocamento e à disponibilidade de tempo para marcar a consulta. Os entrevistados que relataram não ter dificuldades para se consultar explicaram que é fácil porque podem pagar a consulta. É interessante salientar que alguns dos entrevistados preferiram pagar a consulta, quando podiam, porque achavam que o atendimento era melhor e a consulta mais prolongada [13].

Para as crenças em saúde quanto a não fumar ou parar de fumar observou-se também o predomínio de benefícios para todas as sentenças devido à percepção dos danos gerados pelo cigarro. Corroborou com a percepção de benefícios a identificação de menor percentual de barreira para a crença "fumar moderadamente não faz mal" e "fumar acalma e dá prazer". O predomínio da percepção de barreira foi associado a crenças relacionadas à dificuldade de parar de fumar. Estes resultados mostram que os participantes reconhecem os malefícios provocados pelo fumo o que pode ter influenciado na opção de não fumar feita por 90,5% deles. Além disso, retratou a percepção do desafio a ser encarado pela equipe de saúde e pelo indivíduo quando opta pela interrupção do vício.

Para as crenças em saúde associadas a evitar bebidas alcoólicas observou-se também o predomínio de benefícios para a maioria das sentenças devido a percepção dos danos gerados pela bebida alcoólica ingerida em excesso, mostrando que os participantes estão conscientes do controle dessa medida para evitar problemas de saúde. Todavia, para mais da metade dos participantes identificou-se crenças associadas a barreiras para evitar bebidas alcoólicas nas seguintes sentenças: se tivesse que jamais tomar qualquer bebida alcoólica, sofreria muito, uma das melhores coisas da vida é beber numa rodinha de amigos ou de pessoas agradáveis, não conseguiria ficar sem beber, e é difícil evitar bebidas como a cerveja, o uísque, a pinga ou o vinho. Esses dados mostram a dificuldade para abandonar um hábito considerado prazeroso ou um vício. É importante alertar as pessoas hipertensas que apreciam a bebida alcoólica que não é necessário abandoná-las para controlar a pressão arterial, mas limitar o consumo (máximo 30g /dia de etanol para homens e 15g/dia para mulheres ou pessoas de baixo peso). Todavia, aos que não se enquadrarem nesses limites de consumo é recomendado o abandono e para tal intervenções individualizadas podem ser implementadas, pois estudos demonstraram que a redução da ingestão de bebida alcoólica pode reduzir a pressão arterial naqueles que consomem grandes quantidades [11].

Verificou-se também o predomínio de crenças em saúde sobre benéficos para manter o peso ideal para a idade e para a altura em todas as sentenças considerando o bem-estar, a preservação da mobilidade, locomoção e estética, e as complicações do excesso de peso, assim como, o predomínio da percepção de menos barreiras para as crenças "é melhor comer à vontade do que ficar se preocupando com o peso" e "a pessoa que não faz sua própria comida não pode escolher o que comer". Chamou a atenção que a maior percepção de barreiras para manter o peso ideal foi mais associada a esforços pessoais para adesão ao regime alimentar ou a prática de atividade física.

Quanto às crenças em saúde relacionadas a tomar os remédios receitados pelo médico predominou a percepção de benefícios e menos barreiras para depositar a confiança nesse profissional. O predomínio de barreiras para as crenças em saúde relacionadas ao alto custo dos remédios pode ter relação com a baixa condição sócio-econômica dos participantes. Estudo realizado com pessoas hipertensas para identificar os fatores que contribuíam para que não tomassem os medicamentos mostrou que, 89% referiram baixa adesão devido ao alto

custo, 67% por ter de tomar várias vezes ao dia e 54% devido aos efeitos indesejáveis [14].

Embora os participantes do estudo tenham percebido mais crenças em saúde, referentes aos benefícios quanto às medidas de prevenção e controle da hipertensão arterial, e que as mudanças comportamentais representam o abandono de alguns prazeres para pessoas que lutam para sobreviver em condições de vida de pobreza, é sempre necessário que a educação em saúde se faça de modo a contemplar a individualidade e o contexto social da pessoa. Os educadores em saúde, incluindo a enfermeira, devem exercer a função de encorajar as pessoas hipertensas a assumirem a responsabilidade de proteger a própria saúde, de ajudá-las a encontrar, no âmbito de suas possibilidades, a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, no intuito de promover o controle e a prevenção de agravos decorrentes da doença.

Sem dúvida, a aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso implica em mudanças de comportamento significativas para determinados indivíduos. A sociedade atual propicia a adoção de estilos de vida não saudáveis incluindo hábitos alimentares incorretos, com predomínio de alimentos gordurosos, hipercalóricos, contribuindo para o sobrepeso, dislipidemias, consumo excessivo de álcool, além da elevada prevalência de indivíduos sedentários e tabagistas. Vale lembrar ainda que o consumo de tabaco no país ainda é estimulado pelos meios de comunicação em função da dificuldade em instituir-se uma política de saúde mais rígida para coibir essa indústria.

Não podemos perder de vista que o controle da hipertensão arterial implica em mudanças comportamentais importantes, o que requer que a equipe de saúde empreenda esforços na abordagem psicossocial na atenção à pessoa hipertensa. Portanto, a superação do modelo de atenção à saúde vigente demanda diferentes investimentos na formação e intervenção profissional, visando a atenção da pessoa ao invés do corpo doente. Pressupõe compreender diferentes modos de ser e de viver e qual a experiência e expectativa de uma pessoa diante do convívio com a doença crônica, optando por tratar-se ou não [15]. Como a pessoa pensa, sente, o que conhece, suas crenças, valores e atitudes e o contexto social em que o comportamento se processa são fatores essenciais a serem considerados no processo terapêutico e, para propor-se uma estratégia pedagógica efetiva [15].

A modificação do hábito alimentar, o abandono do álcool e do fumo, bem como, a adoção de um estilo de vida mais saudável podem constituir para alguns indivíduos um desafio quase que insuperável. Porém, se considerarmos a importância do controle desses fatores não só para o controle da hipertensão arterial, mas, para a melhor qualidade de vida do indivíduo, fica clara a necessidade do compromisso da equipe de saúde no auxílio à pessoa hipertensa para a valorização e prática de um estilo de vida saudável.

O enfermeiro pode ser identificado como um elemento de confiança no compartilhamento, na escuta sensível e intervenção sobre os problemas de saúde do indivíduo hipertenso. Na maioria das vezes, as pessoas hipertensas desejam não só esclarecimentos para suas dúvidas, mas, também, alguém que se solidarize com o sofrimento psicossocial e considere no cuidado a saúde a relação entre sua história de vida, comportamentos e o processo de adoecer, suas crenças em saúde e o contexto social [15]. Além disso, a despeito de qualquer ação eficaz para a mudança de atitude de uma pessoa, esta somente poderá ocorrer se ele estiver motivado e contar com suportes imprescindíveis da estrutura econômica e social [15].

Conclusão

A análise das crenças em saúde sobre as medidas de controle da hipertensão arterial evidenciou que para comer menos doce, verificar a pressão arterial, manter peso ideal e parar de fumar predominaram benefícios em todas as sentenças e barreiras em 3 das 5 referentes a cada medida. Em todas as sentenças relativas a evitar preocupação e ter tempo para relaxamento predominaram benefícios e barreiras. Nas sentenças sobre benefícios para evitar bebidas alcoólicas, praticar exercício e consultar o médico houve maior percepção de benefícios. Todavia, respectivamente, a essas medidas, identificou-se em 1 das 5, 6 das 9 e 1 das 5 sentenças sobre barreiras maior percepção de barreira. Nas 6 das 7 sentenças sobre benefícios para usar pouco sal, usar pouca gordura e ter horas de lazer/diversão houve maior percepção de benefícios porém, respectivamente, a essas medidas houve maior percepção de barreira em 3 das 4, 5 das 6 e 1 das 2 sentenças sobre barreiras. Para a maioria das medidas estudadas predominou crenças sobre benefícios e o estudo contribuiu para identificação de indicadores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial e

para a reflexão e implementação de novas formas de atenção a pessoas hipertensas, a fim de retardar as complicações provocadas pela doença por meio de seu controle efetivo.

Referências

1. Ide CAC. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin AMG, ed. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004. p. 1-9.
2. Pierin AMG. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin, AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. 1a ed. Barueri: São Paulo; 2004. p. 275-89.
3. The seventh report of The Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure. JAMA 2003; 289(19):2560-71.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Cadernos de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, Protocolo. Brasília: MS; 2001.
5. Araújo GBS. Adesão ao tratamento anti- hipertensivo: análise conceitual [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2002. 119p.
6. Dela Coleta MF. O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença [Tese]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 1995. 334p.
7. Stuchi RAG. A persuasão como estratégia de deslocamento de crenças: de comportamentos de risco para comportamentos preventivos em doença coronariana [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados da amostra do censo demográfico 2000. Área de ponderação Liberdade, Sieiro e Japão [online]; 2000;. Salvador. [citado 2006 Nov 1]. Disponível em URL: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000.
9. Pires CGS. Crenças de pessoas negras hipertensas: barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. [dissertação]. Salvador: Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 2007.
10. Bastos DS, Borenstein MS. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um Centro Municipal de saúde. Texto Contexto Enfermagem 2004;13(1):92-9.
11. Silva GV, Ortega KC, Colombo FC, Rosa EC, Toscano PRP, Jardim PCV, et al. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Soc Bras Hipertens 2006;6(5):1-47.
12. Alavarce DC, Pierin AMG, Mion Jr, D. A pressão arterial está sendo medida? Rev Esc Enfermagem USP 2000;34(1):84-90.
13. Eirmo JOA, Costa MFL, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. Cad Saúde Pública 2004;20(4):1029-40.
14. Gusmão JL, Mion JR, D. Adesão ao tratamento: conceito. Rev Bras Hipertens 2006; 13(1):23-25.
15. Mussi FC. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. Acta Paul Enferm 2003;16(3):77-97.

Enfermagem Brasil
Janeiro / Fevereiro 2009;7(1)

Artigo original

Uma experiência multidiscliplinar em um hospital pediátrico público

Laylla Ribeiro Macedo*, Priscila Carminati Siqueira*, Cristina Ribeiro Macedo, M.Sc.**

**Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Membro do Internato Multidisciplinar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), **Professora da Disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente na Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia, Enfermeira do Setor de Infectologia Pediátrica do HINSG, Coordenadora do Internato Multidisciplinar do HINSG*

Resumo

O Internato Multidisciplinar propõe a agregação de outras bases de produção de conhecimentos, através da inclusão das ciências sociais e das ciências humanas à temática da formação em saúde, resultando numa produção inovadora de ensino em serviço entre profissionais de diversas formações. Foi instituído, em 2002, com atividades científicas com enfoque multidisciplinar. Este estudo objetiva descrever a importância do Internato na formação acadêmica dos atuais internos e na formação profissional dos ex-internos e preceptores. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Vitória-ES. A experiência do internato Multidisciplinar em uma Instituição pública, segundo os depoimentos dos participantes da pesquisa, revelou-se determinantemente positiva tanto na formação profissional dos internos, como na vivência cotidiana dos profissionais que são preceptores dos mesmos. No entanto, foi surpreendente o número reduzido de referências bibliográficas encontradas sobre o assunto.

Palavras-chave: interdisciplinar, multidisciplinar, experiências, profissionais de saúde.

Abstract

A multidisciplinary experience in a public hospital for children

The Multidisciplinary clinical model in a boarding school proposes the aggregation of other bases of acquiring knowledge, through the inclusion of social and human sciences into the thematic of formation in health. The results bring innovation to education on duty among professionals of different areas. It was established in 2002 with scientific activities with multidisciplinary approach. This study aims at describing the importance of boarding school in the academic education of the present internals and the professional education of ex-internals and preceptors. It is a descriptive study with qualitative approach, carried out in the Nossa Senhora da Glória Children Hospital, Vitória/ES. The experience of the Multidisciplinary boarding school in a public institution, according to the participants statements, pointed positive results for the internals professional education, as well as in preceptors' professionals daily routine. However, it was surprising the limited number of literature references found about this theme.

Key-words: interdisciplinar, multidisciplinary, experiences, health personnel.

Artigo recebido em 5 de agosto de 2008; aceito em 10 de janeiro de 2009.
Endereço para correspondência: Laylla Ribeiro Macedo, Rua Orlando Caliman, 130/503, 29090-220 Vitória ES, Tel: (27) 3337-3927, E-mail: layllarm@hotmail.com.

Resumen

Una experiencia multidiscliplinar en un hospital de pediatría público

El internado multidisciplinar propone la agregación de otras bases para adquirir conocimiento, a través de la inclusión de ciencias sociales y humanas a la temática de formación en salud, que resulta en una producción innovadora de enseñanza a servicio de los profesionales de diferentes áreas. Fue instituido, en 2002, con actividades científicas con enfoque multidisciplinar. Este estudio tiene como objetivo describir la importancia del internado en la formación académica de los internos y en la formación profesional del ex interno y preceptor. Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, realizado en el Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Vitória-ES. La experiencia del internado multidisciplinar en una institución pública, según las deposiciones de los participantes de la investigación, demostró ser positiva tanto para la formación profesional de los internos como en la experiencia diaria de los profesionales que son preceptores. Sin embargo, ha sido sorprendente el número reducido de referencias bibliográficas encontradas sobre el tema.

Palabras-clave: interdisciplinar, multidisciplinar, experiencias, personal de salud.

Introdução

A participação de diversas áreas profissionais em uma mesma equipe poderá provocar uma experiência de abertura recíproca e de comunicação entre conhecimentos, de modo a constituir um plano inter/transdisciplinar que se impõe pela troca sistemática e contínua entre saberes, assim como pela construção coletiva de novos conhecimentos. Isso transcende a prática convencional de uma comunicação restrita e parcial entre pares, a qual acentua o formalismo entre as profissões que, apesar de dividirem o mesmo espaço e processo de trabalho, não trocam percepções, sentimentos e idéias sobre o mesmo sujeito de seu trabalho – o usuário do sistema de saúde.

Diversos profissionais da área de saúde, entre eles: psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, pedagogos e assistentes sociais sempre foram considerados dentro de um Hospital como coadjuvantes do tratamento médico. Todos estes profissionais eram reportados em caso de extrema necessidade, quando o saber médico reconhecia sua impotência frente a alguma situação limite. "Sendo imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitadas para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem" [1].

Deste fato há que responsabilizar tanto aos médicos, como a aqueles que não souberam impor sua presença, que agora está sendo considerada, ao menos, como uma parceria necessária. De acordo com Japiassu [2], o trabalho em equipe possui mais chances de êxito que o empreendimento individual, sobretudo quando se trata de superar os vários obstáculos epistemológicos ou culturais.

Considerando que o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) é uma organização vinculada ao Ministério da Saúde, através da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, desenvolvendo ações nos diferentes âmbitos da atenção à saúde e buscando atendimento integral, existe uma preocupação no sentido de que a instituição ofereça uma formação diferenciada que qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, bem como em relação à orientação terapêutica, ao uso das tecnologias, disponíveis ou a serem criadas, para o cuidado da vida, além do desenvolvimento de pesquisa em atenção integral à saúde. Até agora, esta ação estava exclusivamente referida à área médica sendo que, nas demais especialidades, este aprimoramento era deixado à iniciativa particular de cada profissional.

Assim, surgiu a proposta de constituição do Internato Multidisciplinar no HINSG a qual, diversamente da visão em saúde direcionada ao individual e ao biológico, descontextualizados de sua produção social, cultural e histórica, propõe a agregação de outras bases de produção de conhecimentos, através da inclusão das ciências sociais e das ciências humanas à temática da formação em saúde, resultando numa produção inovadora de ensino em serviço entre profissionais de diversas formações. Sendo instituído em 2002, o Programa de Internato Integrado, com atividades científicas com enfoque multidisciplinar e de grande aceitação da comunidade acadêmica do Estado, mantém-se em atividade desde então. Inicialmente contemplava

as seguintes categorias: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Pedagogia, Psicólogia/Psiquiatria, Serviço Social e atualmente é constituído por profissionais da área de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia.

Segundo Merhy [3], a articulação dos diversos setores da saúde com as políticas públicas, visando à preservação da vida, deve ser um "esforço e confluência" dos diversos segmentos profissionais.

O Internato é de caráter anual e funciona com diferentes cargas horárias e grades curriculares, segundo as especialidades, com o horário o mais adequado possível às disponibilidades do interno. Atuando de forma voluntária, tanto para internos quanto para preceptores, o acesso ao Internato consiste em duas etapas: uma classificatória – avaliação escrita –, e outra eliminatória – a entrevista. Todos os preceptores integram o Corpo Clínico do Hospital.

Há semanalmente a discussão de um caso clínico apresentado por uma das quatro equipes multidisciplinares, sob supervisão dos preceptores, em que é apresentado aos demais integrantes, o estudo de caso de uma criança institucionalizada. Também são ministradas aulas pelos preceptores responsáveis, abordando temas multidisciplinares.

Os benefícios que o internato traz não são medidos quantitativamente, mas existem e incidem nas questões cientificas, humanas, sociais e econômicas. Há preceptores que, após a experiência do internato, têm procurado rever sua formação, pelo estímulo recebido na relação com o interno. Isto traz vantagens no conhecimento e na atuação do profissional, pois quando o profissional se sente mais habilitado e capacitado saberá colocar à disposição diferentes recursos profissionais que agilizarão a solução de demandas.

Tais atividades também são enriquecedoras para os internos, visto que os mesmos desenvolvem parcerias com profissionais de outras áreas, além de aprimorarem os conhecimentos adquiridos durante a graduação, buscando, assim, uma assistência mais integral ao paciente.

Vale ressaltar que alguns internos ao fim da graduação foram contratados para trabalharem no HINSG, visto que estes além de já conhecerem a rotina da Instituição, possuem uma visão diferenciada sobre trabalho em equipe multidisciplinar.

Portanto devem-se reconhecer os diversos profissionais que estão agrupados em torno de um mesmo projeto educacional, para entender suas perspectivas e trabalhar suas demandas, reconhecendo sua visão do universo em que estão inseridos [4].

Objetivos gerais

Descrever a importância do Internato Multidisciplinar na formação acadêmica dos atuais internos.

Descrever a importância do Internato Multidisciplinar na formação profissional dos ex-internos e preceptores.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem, qualitativa. Segundo Minayo [5:10]:

> "As metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto do seu advento quanto na sua transformação, domo construções humanas significativas."

Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, que constitui uma referência na realização do Internato Multidisciplinar. Está situado na região metropolitana da Grande Vitória-Espírito Santo, no bairro Santa Lúcia. Considerado hospital pediátrico de referência do estado para atendimento geral e de especialidades, recebe pacientes do ES e de outros estados [6]. Possui 160 leitos de internação, abrangendo várias especialidades, inclusive cirúrgicas. Presta também, amplo atendimento ambulatorial e de urgência, com uma demanda acima de 12.000 pacientes por mês [7].

População e amostra

A amostra utilizada foi por conveniência e constituída por ex-internos de todas as categorias profissionais, atuais internos das diversas categorias profissionais e preceptores do Internato.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada imediatamente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, utilizando 3 roteiros de entrevistas semi-estruturadas contendo perguntas abertas (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas pelas próprias pesquisadoras e transcritas junto ao entrevistado para garantir a fidelidade das informações.

Variáveis estudadas

Para descrever a importância do Internato Multidisciplinar na formação acadêmica dos atuais internos, foram entrevistados internos de diferentes categorias profissionais acerca da contribuição que os conhecimentos técnicos e científicos oferecidos no internato têm acrescido à sua formação Profissional.

Para descrever a importância do Internato Multidisciplinar na formação profissional dos ex-internos e preceptores, foram entrevistados ex-internos de diferentes categorias profissionais questionando se o fato de ter sido alunos do Internato Multidisciplinar exerceu influência na sua inserção no mercado de trabalho ou determinou posturas profissionais.

Para descrever a importância do Internato Multidisciplinar para a vida profissional dos preceptores, foram entrevistados preceptores de diferentes categorias profissionais acerca de mudanças na sua vida profissional provocadas pelo fato de ser preceptor do Internato Multidisciplinar.

Considerações éticas

Foram incluídas no estudo as pessoas que ao serem orientadas sobre os objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HINSG com o número de protocolo de pesquisa 26/07, e encontra-se em consonância com a Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Resultados e discussão

Os dados obtidos com a pesquisa permitem suscitar que sob a ótica dos atuais internos, o Internato Multidisciplinar tem acrescentado diversos conhecimentos as suas vidas acadêmicas, visto que ”proporciona uma vivência prática que a faculdade oferece em um curto período de tempo e permite conhecer a rotina hospitalar”, segundo a fala de uma interna de fisioterapia. Uma interna de farmácia relata ainda que “tem aplicado na prática o conhecimento adquirido na teoria”. Portanto, o Internato tem proporcionado um contato enriquecedor com outras profissões.

As práticas dos programas de extensão justificam-se plenamente ao colocarem o aluno em contato direto e precoce com o mundo real, vivência imprescindível para sua formação, permitindo a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos na sala de aula em situações do dia-a-dia [8].

Quando questionados se a abordagem utilizada relativa ao conhecimento técnico e científico tem sido útil na graduação, a resposta foi positiva, sendo exemplificado pelo fato de que “diante do aprendizado na faculdade concomitante ao aprendizado com o Internato, as indagações surgem, levando-nos a estudar e pesquisar sempre mais”. Trata-se de “uma abordagem ampliada, que valoriza os diferentes modos de olhar um paciente”, de acordo com outro relato.

Em relação aos momentos em que o Internato Multidisciplinar está atingindo a proposição de ofertar conteúdos pedagógicos e técnicos além da graduação, foi constatado que, principalmente nas aulas ministradas e nos casos clínicos apresentados, este objetivo está sendo alcançado. Confirma-se tal questão pela fala da atual interna de farmácia que diz: “a oferta de aulas relacionadas às outras áreas profissionais acrescentam no que diz respeito ao conteúdo pedagógico e técnico, propiciando um melhor conhecimento sobre o todo..., sendo os casos clínicos de extrema importância para essa atuação”.

Sobre a ampliação da visão de multidisciplinaridade, durante a participação no internato, pode-se perceber que todas as respostas afirmaram que essa ampliação foi possível, ratificada pela seguinte fala, “percebi que a sistematização entre os diversos setores da saúde contribui para um melhor tratamento do paciente”. Sendo assim, entende-se que o Internato tem alcançado a meta proposta que visa ampliar a visão e o entendimento sobre multidisciplinaridade de seus alunos. Um aspecto comum a todos foi perceber a interdisciplinaridade como atitude, postura profissional que envolve capacidade de cooperação, respeito à diversidade, abertura

para o outro, criando uma vontade de colaboração, diálogo, humildade e ousadia.

Os preceptores do Internato foram entrevistados a respeito de alguns temas pertinentes as suas atuações no mesmo. Quando perguntados se o internato os tinha motivado profissionalmente a mudanças de atitudes e paradigmas, a resposta foi unanimemente "sim", sendo exemplificada pelo surgimento de um novo estímulo para buscar conhecimento, além de formação de uma visão multidisciplinar mais ampliada que reflete, portanto, na assistência aos pacientes do setor. Uma preceptora de psicologia relatou que "uma atividade que envolve uma função de ensino e orientação sempre leva a mudanças. É instigante ocupar um lugar de transmissão e de acompanhamento de crescimento que a prática promove aos internos, a partir do seu contato com pacientes, familiares e profissionais, no ambiente hospitalar. É uma oportunidade de verificar a articulação possível entre teoria e prática...". Assim, o Internato proporciona aos profissionais de saúde um espaço para repensarem o tema das relações entre eles e deles com os usuários do serviço.

No que diz respeito à crença dos preceptores de que o projeto pedagógico do internato seria capaz de desenvolver no aluno competências que o possibilite assumir atitudes éticas e disciplinares e, ainda, o que esse preceptor tem feito efetivamente para que isso se concretize, as respostas afirmaram que o internato de fato possibilita o desenvolvimento dessas competências. Os preceptores de enfermagem relataram que o próprio acolhimento do interno no setor já lhe possibilita perceber uma visão prática do cotidiano da enfermagem, assim como a ajuda para elaboração dos casos clínicos apresentados. Opinião esta, também compartilhada pela preceptora de farmácia. A fisioterapeuta diz auxiliar nesse processo "estimulando o trabalho em grupo com outros profissionais e mostrando o quanto é importante ter respeito pelo paciente e pelos profissionais da equipe".

Já a preceptora de psicologia aborda assuntos ainda mais amplos que podem ser percebidos na seguinte fala: "É possível que estas (referindo-se as competências éticas e disciplinares) se desenvolvam caso, tanto o preceptor quanto o aluno estiverem efetivamente envolvidos e implicados na proposta. Para tanto, ambos precisam: valorizar esse projeto, se comprometerem com os horários, proposta de atividades e com o trabalho".

A preceptoria do Internato leva aos preceptores a recorrerem a leituras cientificas com maior freqüência, visto que esta busca incessante dos alunos por novos conhecimentos e experiências, promoverá discussões teóricas com bases científicas sólidas. "O esclarecimento das dúvidas dos internos se dá por busca de livros acadêmicos, artigos científicos ou busca de sites especializados na Internet", afirma a preceptora de farmácia. A interdisciplinaridade é um processo que precisa ser vivido, reclama atitude interdisciplinar que se caracteriza por ousadia de busca, de pesquisa; transforma a insegurança num exercício de pensar, de construir; respeita o modo de ser de cada um e o caminho que cada um empreende na busca de autonomia.

No presente estudo também foram contempladas as opiniões de ex-internos a fim de que seus relatos enriqueçam ainda mais essa discussão sobre o Internato Multidisciplinar do HINSG.

Em relação à experiência adquirida durante o Internato e a sua influência na vida profissional, as respostas foram as mais variadas possíveis. A ex-interna de Enfermagem que atualmente é enfermeira no Hospital Infantil e também preceptora do Internato Multidisciplinar disse que a auxiliou na construção de uma visão ampliada sobre o trabalho em equipe. De acordo com a fala: "O internato me ajudou a colocar em prática as teorias aprendidas durante o curso de enfermagem, com isso pude criar confiança no que eu sabia e também aprendi a aprimorar aquilo que eu tinha mais dificuldade. Mas o principal do internato foi aprender a trabalhar em uma equipe multidisciplinar", pode-se observar as inúmeras contribuições que o Internato incorporou a experiência desses profissionais. A fala de uma ex-interna de Psicologia expressa: "Gostei muito da experiência do estágio num hospital público geral, acredito que o internato do HINSG tenha influenciado muito na minha vida profissional. Foi no internato que pude conhecer melhor, tanto teoricamente como na prática, a área de Psicologia Hospitalar; as rotinas de tratamento e funcionamento de um hospital; as discussões dos casos clínicos eram informativas e interessantes; nas supervisões sempre realizávamos leituras ricas e tirávamos nossas dúvidas sobre a abordagem com os pacientes...meu trabalho de mestrado está sendo desenvolvido dentro de um outro hospital, pois a partir do último ano de faculdade e do internato comecei a me interessar pela intercessão entre a psicologia e a saúde", notando-se claramente a influência do Internato na sua vida profissional.

Uma ex-interna de nutrição forneceu o seguinte relato "após completar o internato, fui convidada

a continuar como voluntária em uma das enfermarias do hospital, onde aprendi muito com as médicas responsáveis e os residentes. E após dois anos, esta experiência contou como experiência profissional para garantir a vaga de emprego que tenho hoje", afirmando que o internato facilitou o seu ingresso no mercado de trabalho.

Em relação à contribuição do Internato para melhora do trabalho em equipe, constatou-se que isso ocorreu na maioria das vezes, podendo ser reafirmado pelo relato "aprendi a importância da comunicação com os demais profissionais, pois através das trocas de informações que temos com os demais profissionais auxiliamos na melhora do quadro dos pacientes, nosso objetivo comum no hospital". Ou ainda, "a experiência do Internato Multidisciplinar facilita muito o meu trabalho em equipe como profissional de saúde, pois valorizo a qualidade individual de cada profissional que faz parte da Equipe e do entrosamento que, progressivamente, cada componente vai criando com os demais participantes. Com a experiência do Internato percebi que uma equipe, verdadeiramente multidisciplinar, se autoconstrói, aos poucos, e cresce como um conjunto harmonioso e verdadeiramente interessado não só na recuperação do seu cliente, mas também no crescimento, em todos os sentidos, dos colegas que juntos constituem esse grupo de trabalho", relatou uma ex-interna de Enfermagem.

Conclusão

A experiência do internato Multidisciplinar em uma Instituição pública, segundo os depoimentos dos participantes da pesquisa, revelou-se determinantemente positiva tanto na formação profissional dos internos como na vivência cotidiana dos profissionais que são preceptores dos mesmos.

No entanto, foi surpreendente o número reduzido de referências bibliográficas encontradas sobre o assunto. Compreendemos que para atender as diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde, concernente a assistência holística e integral ao paciente, apenas seria possível diante de uma abordagem multidisciplinar, devendo haver, portanto, maiores relatos de experiências nesse sentido.

O Internato Multidisciplinar trata-se de um trabalho complexo e de extrema relevância não só para o programa em si, mas para o próprio hospital que aderiu como seus princípios a formação integral da pessoa humana, sua capacitação ao exercício profissional e atuação humanizada.

Agradecimentos

Agradecemos inicialmente a todas as pessoas que se dispuseram a participar dessa pesquisa e responderam ao questionário com muita paciência e atenção.

Referências

1. Mattos RA, Pinheiro R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.
2. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
3. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko RT, eds. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
4. Guattari F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense; 1977.
5. Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7a ed. São Paulo: Hucitec, Rio de janeiro: Abrasco; 2000.
6. Moreira-Silva SF. Projeto de implantação do serviço de DST/AIDS do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória. Vitória: HINSG; 1996.
7. Rodrigues MG. Manual de Infectologia do HINSG. 2ª ed. Vitória: Rodrigues; 1998.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 25 de junho de 2003.

Apêndice A – Roteiro de entrevista

Atuais internos:

O que o internato tem acrescentado na sua vida acadêmica?

A abordagem utilizada aqui relativa ao conhecimento técnico e científico têm sido útil na sua graduação? De que forma?

Em quais momentos do Internato Multidisciplinar a proposição de ofertar conteúdos pedagógicos e técnicos além da graduação, está sendo atingida pelo Internato multidisciplinar? Ou não está ocorrendo?

O Internato Multidisciplinar ampliou sua visão de multidisciplinaridade?

Ex-internos:

O que a sua experiência como interna influenciou na sua vida profissional? Exemplifique essa influência.

Você acredita que a experiência no Internato Multidisciplinar facilitou o seu ingresso no mercado de trabalho? Caso tenha respondido sim, de que maneira e em que momento ocorreu?

A experiência do Internato Multidisciplinar facilitou o seu trabalho em equipe como profissional de saúde? De que forma?

Preceptores:

Você acredita que o internato tenha te motivado profissionalmente a mudanças de atitudes e paradigmas? Quais ações justificam essa resposta?

Você acredita que o projeto pedagógico do internato é capaz de desenvolver no aluno competências em assumir atitudes éticas e interdisciplinares? O que você tem efetivamente realizado para que isso se concretize?

A preceptoria do Internato Multidisciplinar te leva a recorrer à leitura científica com maior frequência? Você percebe maior motivação em leitura científica quando está envolvido no internato?

Artigo original

A notificação da violência urbana na saúde através da classificação internacional de doenças

*Aline Ramos de Carvalho Pinto, **Maria Aparecida de Luca Nascimento, D.Sc.

**Enfermeira do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Professora Assistente da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) **Orientadora do Programa de Mestrado da UNIRIO*

Resumo

Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa que tem como objetivo identificar o número pelo qual as lesões que atingem a região tóraco-abdominal dos pacientes que foram submetidos à cirurgia, e que foram vítimas da violência urbana, por perfuração por arma de fogo (PAF), ou por arma branca (PAB), são identificadas no Código Internacional de Doenças (CID), correlacionando-a à natureza da lesão. Os dados foram coletados em dois hospitais públicos de emergência da cidade do Rio de Janeiro/RJ, junto aos prontuários e livros hospitalares. Os resultados mostraram que, dos 85 prontuários coletados, em 73 encontram-se descrito o CID secundário, sendo esta codificação que referencia o ato de violência, ou seja, 14,1% dos prontuários não foram divulgados como causas externas, e em 63% a violência teve como cenário as ruas e estradas, ficando 35,6% sem especificação do local. Quanto à natureza da lesão, encontramos descrito o CID principal em 82 prontuários, ainda que duas codificações apresentadas estejam completamente dissociadas da violência. Conclui-se que a forma de registro não retrata a situação atual quando procuramos estudar a violência, pois ela não deve integrar a CID diluído entre outras causas sob a denominação de "causas externas", para que seja possível dar a devida visibilidade a este problema, que produz vítimas que requerem uma abordagem diferenciada pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: violência urbana, lesão, prontuários.

Abstract

Notification of urban violence in health through international classification of diseases

The objective of this exploratory descriptive study with quantitative approach was to identify, according to the International Classification Diseases (ICD), the code number of injuries of thoracic-abdominal area of patients that underwent surgery, due to urban violence by firearm injuries (FI), or by cutting weapon (PCW). Data was collected at two emergency public hospitals of Rio de Janeiro/RJ, using medical records and hospital registers. The results showed that 73 of 85 collected medical records are written secondary ICD, which means act of violence, that is, 14.1% of medical records did not divulge as external causes, in 63% violence had as scenery streets and roads, and 35.6% without specification of place. In relation to kind of injury, we found that in 82 medical records the principal code of ICD was described, even though two codes showed that are not

Artigo recebido em 31 de agosto de 2007; aceito em 15 de janeiro de 2009.
Endereço para correspondência: Aline Ramos de Carvalho Pinto, Tel: (21) 2674-4392, E-mail: wilbapinto@ig.com.br.

associated with violence. We concluded that the kind of register does not reproduce the present situation to study violence, as it should not be integrated in the ICD under the denomination "external causes", in order to give the correct visibility to this problem, which produces victims who require differentiated care by health professionals.

Key-words: urban violence, lesion, medical records.

Resumen

La notificación de violencia urbana en la salud a través de la clasificación internacional de enfermedades

Estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo que tiene como objetivo identificar, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), el número del código de las lesiones provocadas en la región tóraco-abdominal de pacientes que fueron sometidos a cirugía y que fueron víctimas de la violencia urbana, heridos por armas de fuego (AF), o por arma blanca (AB). Los datos fueron recogidos en dos hospitales públicos de urgencias de la ciudad de Río de Janeiro, junto a los registros médicos y a los registros del hospital. Los resultados demostraron que en 73 registros médicos de los 85 recogidos se encuentra descrito la CIE secundaria, esta codificación se refiere al acto de violencia, siendo que 14.1% de los registros médicos no fueron divulgados como causas externas, y el 63% la violencia tuvo como escena las calles y las autopistas, 35,6% sin especificación del lugar. En lo que se refiere al tipo de lesión, encontramos descrito en 82 registros el CIE principal, aunque dos codificaciones presentadas no están asociadas a la violencia. Se concluye que el tipo de registro no representa la situación actual cuando procuramos estudiar la violencia, pues no debe integrar el CIE bajo denominación "causas externas", para que sea posible dar la debida visibilidad a este problema, que produce víctimas que requieren un cuidado diferenciado por los profesionales de la salud.

Palavras-chave: violência urbana, lesão, prontuários.

Introdução

Este estudo surgiu das discussões acadêmicas durante o processo de orientação da dissertação de mestrado cujo tema está inserido na linha "O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado", pertencente ao programa de Mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Tendo em vista que o tema da dissertação acima citada tem como foco a violência urbana identificada nos cenários da saúde a partir da demanda de atendimento as suas vítimas, durante o aprofundamento bibliográfico, identificamos que a violência encontra-se inserida na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Internacional de Doenças (CID) como "causas externas"[1].

De acordo com a OMS (1985,1995), os acidentes e as violências compreendem um conjunto de agravos à saúde, e deste modo passou a integrar a CID – Décima Revisão (CID-10, 1997), denominando-se causas externas, sendo incluída as causas acidentais como as decorrentes do trânsito, do trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes, e as causas intencionais (agressões e lesões auto-provocadas) [1,2].

Destacamos que, a violência por arma de fogo, foco deste estudo, é apresentado no Código Internacional de Doenças (CID) no capítulo XIX, capítulo este destinado a codificação das lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98), porém é no capítulo XX que as agressões por arma de fogo tornam-se evidentes sob a codificação X93 a X95 e as lesões autoprovocadas intencionalmente por objeto cortante ou penetrante por X99, uma vez que este capítulo relaciona as causas externas de morbidade e mortalidade (V01-Y98) [1].

Embora seja possível identificar a violência de forma específica no CID-10, a exemplo da violência por perfuração por arma de fogo (PAF) e perfuração por arma branca (PAB), o que questionamos é esta aplicabilidade nos cenários da saúde.

Identificamos nas instituições hospitalares, que as vítimas da violência urbana ao serem atendidas e submetidas a determinados procedimentos e/ou cirurgias, passam a ser classificadas no CID, através de outro código, diferente daquele que motivou a sua internação.

Consideramos que este fato descrito contribui para mascarar a violência como causa da internação, assim como, as regras do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), onde as lesões e envenena-

mentos são codificados segundo a natureza da lesão, atribuindo a elas o diagnóstico primário, e as causas externas o diagnóstico secundário, tendo em vista que, as tabulações de morbidade e fatores de risco, trabalham apenas com o diagnóstico primário, isto dificulta a pesquisa de causas externas [3].

Outro agravante que desfavorece a visibilidade da morbidade por violência nos hospitais é o Movimento de Autorização de Internação Hospitalar (MAIH), uma vez que tem como propósito maior, o repasse de verba do Sistema Único de Saúde (SUS) para as unidades de saúde. Com isso, não existe uma grande preocupação em descrever com precisão o motivo de internação, destacando, ainda, que o MAIH não abrange os hospitais privados que não tenham convênio com o sistema público do SUS [4].

Para Laurenti [5]:

> "Ainda que o CID possibilite uma boa descrição das circunstâncias do evento referente às causas externas, nem sempre as estatísticas de mortalidade referente a essas causas irão mostrá-las com todos os detalhes possíveis, o que seria desejável e importante. Ocorre que todas as mortes por qualquer causa externa, por lei, devem ter o atestado de óbito preenchido por um médico legista, após realização de necrópsia. O que se tem verificado é que, freqüentemente, o médico legista imprime o atestado de óbito apenas à natureza da lesão (fratura, esmagamento, lacerações e outras), e não as circunstâncias do evento. Dessa forma, não poucas vezes, as estatísticas de mortalidade por causas externas estão inflacionadas por categorias em que se ignora se o que ocorreu foi acidente, homicídio, ou suicídio, ou mesmo sabendo-se isso, não se tem o detalhe."

Sendo assim, a violência passa a ser subnotificada e da mesma forma as seqüelas relacionadas a este evento. Fato este que dificulta o levantamento de dados relativos à morbimortalidade que resultam da violência urbana. Isto pode ser um fator a contribuir para que os profissionais não a considerem como um problema da área da saúde, levando-os, por isso, a privilegiar uma assistência baseada em protocolos e rotinas, com foco na lesão e/ou doença, desconsiderando as especificidades dessa clientela, e que está alocada nas esferas física, social e emocional de suas vítimas.

Observamos que esta codificação do CID se tornou uma rotina administrativa, sendo atribuída a qualquer causa que requisitou a procura pelo atendimento hospitalar ou algum procedimento durante a internação, no qual não é apurada a incidência do evento ou a relevância dos dados, considerando que não é dada a devida importância a esta codificação, talvez pelo próprio desconhecimento do profissional quanto à relevância dos dados. Talvez o único momento que a violência pode ser declarada, é quando esta vítima dá entrada na emergência e o profissional pode reconhecê-lo como um agredido.

Corroboramos com Minayo, que esta categoria para estudo de violência é muito restrita a esta denominação "causas externas" e não expressa os conteúdos essenciais dos conceitos de violência, o que o torna muito amplo, incluindo todos os tipos de acidentes "que podem mascarar um ato de violência" [6].

Em função do crescimento das causas externas, da relativa inconsistência dos dados, da ausência de registros e conhecimento sobre certos agravos, somente nos últimos anos é que um sistema de informação integrado está se estruturando, mais ágil e atualizado, objetivando a vigilância epidemiológica destes eventos [2].

Acreditamos que esta preocupação com os serviços de notificações esteja baseada nos dados que se reportam à violência e aos acidentes como a segunda causa de mortalidade do país. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 35% do total de óbitos, seguida da violência urbana com 14%, ficando o câncer com cerca de 12% [7].

Apesar desta representatividade em termos de mortalidade, o mesmo não se torna evidente em termos de morbidade, os resultados das investigações são divergentes, dependendo da fonte consultada, ocasionando distorções e erros interpretativos.

De acordo com a Portaria 737/2001, até 1997 os dados computados no Sistema de Informações Hospitalares referenciavam apenas a natureza da lesão que motivou a entrada do paciente no ambiente hospitalar, sem fazer considerações ao agente causador. Só a partir de 1998, após entrar em vigor a portaria 142, de 13 de novembro de 1997, passaram a ser identificadas pelo CID as lesões que ocasionaram a internação [1]. Deste modo como podemos considerar fidedignos os índices apontados?

Esse questionamento tomou vulto, a partir da nossa própria dificuldade durante o desenvolvimento de um estudo, quando, ao consultar livros

e documentos hospitalares de dois hospitais de emergência da cidade do Rio de Janeiro e tentar levantar o número de atendimento às vítimas por PAF e por PAB identificamos que apenas nos livros de registros das emergências e no boletim operatório as causas das referidas lesões são apontadas, e que no decorrer da internação estes pacientes são assistidos com enfoque nas conseqüências dela.

Objetivo

Considerando estas dificuldades relativas ao levantamento de dados sobre a morbidade pela violência, mascarado muitas vezes pelo procedimento realizado no decurso da internação, e tendo como foco de estudo a violência urbana, traçamos como objetivo deste estudo: Identificar o CID atribuído aos pacientes vítimas da violência urbana por perfuração por arma de fogo ou arma branca tóraco-abdominal que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, correlacionando-a com a natureza da lesão.

Identificando a violência no setor da saúde

Pelo caráter desestabilizador da cidadania e da convivência, a violência é um marco na história das civilizações. Como qualquer agente agressor que ameace a vida, ela requer ações transformadoras e controladoras com o propósito de garantir a vida em comunidade [8].

Compreendemos a violência como um problema social que afeta o mundo e que modifica a vida das pessoas. Deste modo a ação destinada ao seu controle requer envolvimento dos diversos setores sociais, sendo de fundamental importância o setor saúde.

A partir da década de 80 as questões relativas à violência, de um modo geral, foram enfatizadas, tendo em vista o aumento do número de homicídios, o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública pela OMS, a criação da Política de redução de morbimortalidade por acidentes e violência (Portaria 737 de 16/05 2001), e o Relatório Mundial de violência e saúde 2002.

Consideramos estas iniciativas de extrema importância para trazer à tona essa problemática, contudo, ações concretas precisam ser implementadas, a iniciar pela mobilização da população e de todos os envolvidos direta ou indiretamente com estas questões, como é o caso dos profissionais que atuam no setor da saúde.

Percebemos que apesar da ocorrência rotineira de atos violentos que chegam diariamente nos hospitais, não há um envolvimento com a causa. Por parte dos profissionais, o atendimento é reducionista, com foco na lesão, por ser este o problema de saúde emergente que desestabiliza a saúde e põe em risco a vida.

Embora a violência seja considerada um problema da saúde, como atribuir a ela o seu real pesar, quando na Classificação Internacional de Doenças encontra-se sob a denominação "causas externas" juntamente com outras causas acidentais ou intencionais, além de serem apontadas através de um CID secundário, uma vez que a principal tem como alvo a lesão?

De acordo com a referência do Datasus, quando se utiliza um código do capítulo XX - Causas externas de mortalidade e de morbidade, pretende-se que ele seja um código adicional a outro código pertencente a outro capítulo da Classificação que está indicando a natureza da lesão. Na maioria das vezes, a natureza da lesão está classificada no capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras causas externas [1,3].

Sendo assim identificamos que apesar da AIH ser a fonte de dados para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), nela será computada o CID com prioridade para a lesão, o que pode mascarar e comprometer a fidedignidade dos dados relativos à morbidade por violência.

Ressaltamos que estudos relacionados à violência urbana na saúde são necessários, para que essa problemática seja enfatizada, a fim de buscar a mobilização dos profissionais em busca de uma assistência direcionada às suas vítimas.

Vale destacar que, assim como os índices de mortalidade sofreram modificações nas últimas décadas, o perfil de atendimento nos hospitais, principalmente os públicos de emergência, também se modificaram.

O fato supramencionado foi assunto de uma reportagem no horário nobre de televisão, que abordava a grande incidência de vítimas de bala perdida. Um levantamento exclusivo do programa *Fantástico* mostrava que no ano passado, 170 pessoas foram atendidas por balas perdidas na região metropolitana do RJ, 35 delas eram crianças com menos de 13 anos. E pior, essa estatística é desconhecida pela polícia. Os casos de bala perdida são registrados como homicídio ou lesão corporal, se a vítima não morrer.

Concordamos com João Tancredo, advogado entrevistado, que diz:

> *"Para combater o mal, você tem que conhecer a origem dele. Você tem que saber especificamente que tantas pessoas morreram em decorrência de bala perdida, de acidentes de veículo ou de queda. È importante para a pesquisa e para combater o mal conhecer sua origem especificamente"* [9].

Desse modo, buscamos avaliar a fidedignidade dos dados relativos à violência urbana a partir do CID atribuída no atendimento hospitalar às vítimas da violência, compreendendo que para intervir, é necessário conhecer esta realidade.

Material e métodos

Estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, sendo denominada desta forma, por concentrar-se na medição de uma ou mais características [10].

Utilizamos como instrumento de coleta de dados 85 prontuários de pacientes vítimas de PAF e PAB submetidos a procedimentos cirúrgicos tóraco-abdominal em dois hospitais do RJ, que evoluíram para alta ou óbito no ano de 2006. Esse quantitativo é um recorte da amostra total do número destas vítimas realizado aleatoriamente, sendo adotado apenas o critério de inclusão descrito, uma vez que estes pacientes que sofreram intervenções cirúrgicas apresentam o CID principal, que deve estar relacionado a este tipo de intervenção, e a secundária que dará visibilidade à forma de violência sofrida.

Primeiramente, estas vítimas foram rastreadas nos livros de registros da emergência, confirmando a intervenção cirúrgica sofrida nos livros de registros do centro cirúrgico, do qual foram extraídos os números dos prontuários para requisição junto ao serviço de documentação médica dos hospitais.

Posteriormente, em consulta a esses prontuários, especificamente no boletim operatório, realizou-se o levantamento, tanto, do tipo de intervenção sofrida, quanto o tipo de lesão ocorrida, assim como a identificação do CID principal e secundário atribuída às respectivas lesões.

Considerando que os sujeitos do estudo foram vítimas de PAF e PAB que sofreram algum tipo de intervenção tóraco-abdominal em conseqüência deste tipo de violência, no que se refere o CID principal, os traumatismos do tórax são codificados em S-20 a S-29, e os traumas de abdome de S-30 a S-39. Analisando o CID secundário as causas externas de morbidade e mortalidade é apresentada sob a codificação X93 a X95, quando as agressões estão relacionadas ao PAF, seguidas de um ponto e numeral que busca associar a área da ocorrência deste tipo de violência, do mesmo modo ocorre com a codificação relacionada àss agressões por objetos penetrantes ou cortantes como o PAB, sob a codificação X99 seguida da mesma descrição.

Resultados e discussão

Durante a consulta a 85 prontuários de vítimas de violência por PAF e PAB, em três não foi identificada nenhuma codificação. Nos demais, confirmamos a existência de uma rotina de preenchimento do CID principal, que referencia a lesão sofrida. Quando analisamos a codificação com vistas à violência urbana, nestes mesmos documentos foi encontrada a descrição do CID secundário em 73 prontuários, sendo esta codificação a que referencia o ato de violência, com citado anteriormente.

Apresentamos nos Quadros 1 e 2 as codificações identificadas nos prontuários.

Observamos que entre as vítimas da violência, que foram submetidas à intervenção cirúrgica em conseqüência de um PAF ou PAB tóraco-abdominal, houve predomínio pelos traumas de intestino representados pelo CID S36.5 e S36.4, perfazendo um total de 41,46% dos atendimentos, apesar de algumas codificações não especificarem o órgão comprometido, como as que são representadas pelo sufixo 9. Destacamos ainda que duas codificações estão descritas dissociadas da violência, uma vez que deveriam compor esta classificação S00 – T98, como descrito anteriormente, com o código K35.9 e K35 representando as doenças do apêndice, embora a intervenção tenha se desencadeado pelo PAF.

Avaliando a natureza da lesão, através destas codificações de modo geral é possível associar a região acometida, contudo ainda apresenta algumas lacunas, considerando os códigos S36. 9; S27. 9; S39. 9; que podem ser vistos no quadro ao lado.

Quadro I - Distribuição do CID principal atribuída às vítimas de violência por PAF e PAB tóraco-abdominal.

Código - Descrição trauma	N	%
S36.1 do fígado ou vesícula biliar	08	9,76
S36.5 do cólon	14	17,07
S36.0 do baço	05	6,10
S36.8 de outros órgãos intra-abdominais	03	3,69
K35.9 doenças do apêndice sem perfuração	01	1,22
S39.8 outros traumatismos especificados de abdome dorso ou pelve	03	3,69
S37.0 do rim	02	2,44
S31.8 Ferimentos de outras partes e de partes não especificadas de abdome	02	2,44
S39.9 não especificados de abdome dorso ou pelve	03	3,69
S36.4 do intestino delgado	20	24,39
S36.3 do estômago	02	2,44
S27.2 hemopneumotórax traumático	04	4,88
S36.6 do reto	01	1,22
S27.9 de outros órgãos intratorácicos não especificados	02	2,44
K35.0 doenças do apêndice	01	1,22
S37.2 da bexiga	03	3,69
S36.9 de órgão intra-abdominal não especificado	02	2,44
S31.1 de parede abdominal	02	2,44
S27.1 hemotórax traumático	02	2,44
S35.3 de veia porta ou esplênica	02	2,44
S25.2 Traumatismo da veia cava superior	01	1,22
Total	82	100

Quadro II - CID secundário atribuído às vítimas de violência por PAF e PAB.

Código -Tipo de agressão	**N**	**%**
X95.4 por meio de disparo de outra arma não especificada – rua e estrada	15	20,55
X93.4 disparo de arma de fogo de mão – rua e estrada	17	23,29
X99.4 por meio de objeto cortante ou penetrante – rua e estrada	14	19,18
X95.9 disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada – local não especificado	21	28,77
X95.7 disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificado – fazenda	01	1,37
X99.9 por meio de objeto cortante ou penetrante – local não especificado	05	6,85
Total	73	100

Deste modo, percebemos através da tabela acima que no universo de 85 vítimas de violência, no que se refere a esta classificação secundária para notificação dos dados sobre morbidade por violência urbana, 12 vítimas não teriam representatividade, isto é, 14,1% dos casos não seriam divulgados como "causas externas". Apesar de considerarmos uma pequena amostra, estes dados são suficientes para apontar as dificuldades existentes no levantamento de dados quanto à morbidade por "causas externas" e para a fidedignidade dos resultados.

Avaliando a descrição do código atribuído a cada caso, identificamos que ela sofre influência do profissional que realiza o preenchimento, tendo em vista que o CID principal nem sempre representa com clareza o procedimento cirúrgico descrito no boletim operatório.

No CID secundário, isto também ocorre através da numeração que se refere ao local da ocorrência, descrito pelos sufixos: 0 na residência, 1 em habitação coletiva, 2 escolas e outras instituições públicas, 3 em áreas para prática de esportes e atletismos, 4 ruas e estradas, 5 em áreas de comércio e serviços, 6 em áreas industriais e em construção, 7 na fazenda, 8 outros locais especificados, e 9 local não especificado [1].

Observamos que 63% do CID secundário apresentado evidenciam a predominância desta ocorrência em ruas e estradas, contudo existem dados obscuros que dificultam a fidedignidade do perfil epidemiológico quando se pretende estudar o fluxo do atendimento, considerando que 35,6% das descrições não especificam o local de ocorrência.

Conclusão

A importância deste estudo vai além dos números apresentados, pois apesar de sua pequena amostra, a sua análise vai ao encontro das dificuldades descritas em diversos trabalhos que utilizam como fontes os registros hospitalares, e nos remete a um problema que precisa ser ressaltado, a veracidade das informações relativas à morbidade pela violência urbana. Acreditamos ainda que sirva como um mediador para uma reflexão sobre a forma que a violência atualmente é tratada na saúde.

Foram utilizados umas das fontes oficiais de informações de causas externas utilizadas pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH do SUS), contudo observamos que a descrição apresentada sofre influências das limitações características dos sistemas de notificação.

Durante a realização do estudo percebemos que já existe uma preocupação dos profissionais de saúde com a necessidade de um aperfeiçoamento técnico para lidar com estas vítimas de violência, que vem modificando o perfil de atendimento dos hospitais de emergência, porém é necessário ressaltar a nossa parcela de responsabilidade, uma vez que a violência é considerada um problema social. Somente pontificando a sua freqüente ocorrência, retratando os reais agravos que têm sido mascarados, e mostrando a necessidade de um enfoque diferenciado no cenário da saúde, é que conseguiremos dar início a este processo de mudança.

Vale ressaltar que, embora no setor de emergência sejam apontadas as causas da procura pelo serviço, não é dada a real importância para os registros, sendo considerados apenas uma atribuição rotineira. Quando estes documentos tornam-se uma fonte de coleta de dados para investigação, os estudiosos se deparam com dados obscuros e incompletos.

Deste modo, entendemos que a forma de registro não retrata a situação atual, quando procuramos estudar a violência e suas repercussões sociais, e que, além disso, as ações para a redução de acidentes e violência de forma geral, incluindo a doméstica, com o idoso e com a criança, são abrangentes, o que, de certa forma, mascara os índices da violência urbana

Tendo em vista a ocorrência diária deste fenômeno, assim como a dimensão dos agravos à saúde da população, conclui-se que a violência urbana não deve integrar a classificação internacional de doenças (CID), da forma como tem sido feito, ou seja, diluída entre outras causas exógenas. Ela precisa ser investigada, apontada, discutida na sociedade como um problema diferenciado daqueles que integra o CID sob a denominação de "causas externas".

Referências

1. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde [online]. [citado 2007 Jun 18]. Disponível em URL: http://www.datasus.gov.br/cid10/décimarevisão
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Política de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Ministério da Saúde. Datasus, sistema e aplicativos-cadastro nacional. Notícias. Informações sobre internações hospitalares por causas externas [online]. [citado 2004 Ago 5]. Disponível em URL: http/www.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.
4. Couttolenc B, Cano I, Carneiro LP. Magnitude, custos econômicos e políticas de controle da violência no Rio de Janeiro. Instituto de Estudo da Religião (ISER), 1998. [citado 2007 Jun 18]. Disponível em URL http//www.iadb.org/res/publications/publics.
5. Laurenti R. Acidentes e violências/ lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. Rev Saúde Pública 1997;31(4):26-34.
6. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública 1994;10(supl1):7-18.
7. Jatene A. Reflexão sobre os problemas da área da saúde, procurando ressaltar os fatores que dificultam a implantação de um modelo capaz de atender as necessidades da população. Estudos Avançados 1999;13(35):29-35.
8. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
9. Notícias - Dossiê da bala perdida. Últimas Edições Fantástico. Edição de 21/01/2007. [citado 2007 Jan 26]. Disponível em URL: http://fantástico.globo.com.
10. Lobiondo W, Haber G. Pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação crítica e utilização. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.87-88.

Enfermagem Brasil
Janeiro / Fevereiro 2009;7(1)

Artigo original

Um olhar bioético sobre autonomia do paciente oncológico em optar pelos cuidados paliativos

Débora Montezello*, Leocir Pessini, D.Sc.**, Ana Cristina de Sá, D.Sc.***

**Enfermeira Gerente Assistencial do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer – Hospital Prof. Dr. João Sampaio Góes Júnior, mestranda em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo, São Paulo, **Graduado em Filosofia e Teologia pela PUC – SP, orientador de mestrado de Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, ***Enfermeira, co-orientadora de mestrado de Bioética do Centro Universitário São Camilo, São Paulo*

Resumo

Este estudo objetivou conhecer as expectativas dos pacientes oncológicos, que se encontram em tempo livre da doença, mas que mantêm o vínculo com a Instituição para acompanhamentos periódicos. Os dados foram coletados no Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), em janeiro de 2008, por meio de entrevistas individuais com 30 pacientes. Os questionários foram analisados segundo a metodologia de análise do conteúdo de Laurence Bardin. Foi consenso o não conhecimento da existência dos cuidados paliativos e o seu significado, porém, sentiram a importância e o benefício que podem ser ofertados aos pacientes em estágio avançado da doença, sem possibilidade de cura. Todos otimistas, afirmam que fariam tudo novamente se fosse necessário. É ressaltada a autonomia em optar por tratamentos e a importância da vida e seu resgate em todos os momentos.

Palavras-chave: autonomia pessoal, oncologia, bioética, cuidados paliativos.

Abstract

Oncology patient's autonomy in choosing palliative care: a bioethics' view

The purpose of this study was to know the expectations of oncology patients, who are in a disease-free period, but with frequent follow up at the outpatient clinic. Data were collected in the Brazilian Institute of Cancer Control (BICC), in January 2008, by means of individual interviews with 30 patients. The questionnaires were analyzed according to Laurence Bardin's content analysis. The interviewees admitted to have lack of knowledge of palliative cares and its meaning; however they felt the importance and the benefit that can be offered to patients at an advanced stage of the disease and with no hope to cure. An important and interesting fact of unanimous reply was related to the submission of new treatment if the illness returned. It is highlighted the autonomy of patient in opting to treatments and the importance of life and its rescue in all moments.

Key-words: personal autonomy, medical oncology, bioethics, hospice care.

Artigo recebido em 16 de julho de 2008; aceito em 12 de janeiro de 2009.
Endereço para correspondência: Débora Montezello, Av. Alcântara Machado, 2576 Moóca 03102-900 São Paulo SP, Tel: (11) 3474-4223, E-mail: débora@ibcc.org.br

Resumen

Autonomía del paciente oncológico para optar por los cuidados paliativos desde el punto de vista bioético

Este estudio tuvo como objetivo conocer las expectativas de los pacientes con cáncer, que se encuentran en el tiempo libre de enfermedad, manteniendo el vínculo con la institución para seguimientos periódicos. Los datos fueron recolectados en el Instituto Brasileño de Control de Cáncer (IBCC), en enero de 2008, a través de entrevistas personales en 30 pacientes. Los cuestionarios se analizaron de acuerdo a la metodología de análisis de contenido de Laurence Bardin. Fue unánime la falta de conocimiento de la existencia de los cuidados paliativos y su significado, pero consideraron la importancia y los beneficios que pueden ofrecer a los pacientes en fase avanzada de la enfermedad, sin posibilidad de curación. Todos optimistas, aseguraron que harían todo de nuevo si necesario. Se hizo especial hincapié en la autonomía del paciente en elegir los tratamientos y la importancia de la vida y su rescate en todo momento.

Palabras-clave: autonomía personal, oncología médica, bioética, cuidados paliativos.

Introdução

Tratar câncer não é tão simples assim, é necessário preocupar-se com o paciente, com a família, acompanhando de perto todos os problemas, sinais e sintomas existentes, controlando a doença e mantendo a pessoa confiante e segura. Quando a possibilidade de cura é remota, o paciente pode ser encaminhado para os cuidados paliativos, procurando oferecer o maior grau de autonomia possível ao enfermo em suas atividades, tratando os sintomas, a dor, os problemas de ordem psicológica, social e espiritual. O objetivo principal desse tratamento é melhorar a qualidade de vida para o paciente e familiares: identifica as necessidades e atua nelas, não antecipa nem adia a morte, respeita o desejo e auxilia nos caminhos. Surge então a necessidade de pesquisar se o próprio paciente, a partir do conhecimento do tratamento paliativo, considera importante a autonomia em optar por ele.

A literatura cita que a população, em grande parte, continua mal esclarecida sobre diagnóstico e tratamento. O paciente oncológico é especial, diferente dos demais [1].

Estatisticamente, hoje, no Brasil, o câncer representa a segunda causa de óbitos na população adulta. Em média, 80% dos pacientes, sem possibilidade de cura, morrem em hospitais do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Mas será que eles foram capazes de exercer a autonomia no período que antecedeu sua morte? Como os pacientes oncológicos querem vivenciar a terminalidade? Será um ato de dignidade ou de crueldade evidenciar todos os riscos de morte, para que ele ainda em plenitude mental e integridade física, tenha a oportunidade de optar com liberdade pelos cuidados paliativos?

A pedagogia kantiana define bem a autonomia, diz que uma educação que vise formar sujeitos autônomos deve unir lições da experiência e os projetos da razão. Para Kant, a autonomia se dá justamente quando o homem segue a lei universal que sua própria razão proporciona. Por isso, a autonomia se dá quando se pensa por si próprio. Constatam-se nos hospitais brasileiros o aumento do número de pacientes terminais submetidos a tratamentos de alta tecnologia desnecessariamente. O homem é considerado ser racional, sentimental, livre, autônomo, digno e merecedor do respeito, constitui o núcleo da antropologia moral. A pessoa muitas vezes incapacitada tem o direito de manifestar antecipadamente sua vontade de aceitação ou recusa dos meios que vão mantê-las prostradas, sem esperança de recuperação ao se referir na preferência de tratamento [2].

Buscar qualidade de vida ao morrer, é morrer com dignidade. O câncer na maioria dos casos é apenas controlado, se prolongarmos a vida, a morte poderá ser pior. Sabemos que o sofrimento e a dor tomam conta do paciente e precisam ser tratados até o final da vida, proporcionando alívio e tranqüilidade [3].

A dor física é geralmente a mais fácil de controlar. Embora os textos médicos descrevam abordagens farmacológicas e não-farmacológicas para controlar a dor, existe muita dor física que não é controlada [4].

A morte evoluiu, já não se morre mais em casa, junto dos entes queridos, mas sozinho num hospital, na UTI, na grande maioria "modernas catedrais de sofrimento humano", onde muitas vezes os instrumentos de cura tornam-se ferramentas de tortura.

A grande verdade é que o ser humano sabe quando vai morrer, quando a morte se aproxima, ele recebe

avisos e sinais ou convicções internas. Quando alguém morre, é importante que os familiares e amigos estejam próximos uns dos outros, para que eles aprendam a encarar a morte com mais naturalidade [5].

Atualmente a boa morte é a que era mais temida na antiguidade, que é a morte repentina, súbita. Se houver possibilidade de recuperação deverá existir o investimento, mas se o tratamento não puder beneficiá-lo, ele pode ser interrompido, continuando os cuidados [3].

O CFM aprovou a Resolução 1805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolongam a vida de pacientes incuráveis, ou seja, sem perspectiva de uma vida digna, conhecida por "ortotanásia". A morte social acontece muito antes da morte física, tais como os aspectos afetivos, familiares, emocionais, econômicos e psicológicos. "Morte afastada e vida mantida" [6].

O binômio tecnologia-medicina se relaciona com a mortalidade humana e como pode ajudar, em tornando realidade, o morrer em paz [5,1]. O médico julga que sua tarefa terminou e que nada mais tem a fazer. Não é tão simples familiarizar-se com a morte [3].

A Enfermagem assume a defesa e proteção da vida e da qualidade, garantindo cuidados de acompanhamento e de suporte básico e paliativo, com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e deontologia profissional. Entende-se que, nos cuidados paliativos há um novo valor para a vida, que nasce da onipresença da morte e é este valor que faz com que os gestos terapêuticos e de conforto adquiram um significado próprio. Se orientarmos as intervenções para o alívio do sofrimento, estaremos mais preocupados com a pessoa doente do que com a doença da pessoa. Neste sentido, cuidar não é o prêmio de consolação pela cura, mas, parte integral do projeto de estar com a pessoa, numa visão integral, sendo essa a prática da enfermagem. Há uma configuração do campo de competência de enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, como um prolongamento e uma substituição daquilo que os utilizadores de cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios, ou lhes é assegurado por aqueles que o cercam.

A Enfermagem tem papel primordial nos cuidados paliativos, já que o cuidar é inerente à profissão, que é base dessa filosofia assistencial, cabendo ao enfermeiro e equipe encarar a finitude e auxiliar nos processos de morte, sem abandono.

A Bioética emergiu, há praticamente quatro décadas (1970-2009), como uma nova área de educação e sensibilidade ética voltada para preservar e cuidar da vida humana, e mesmo cósmico ecológica, diante dos extraordinários avanços tecno-científicos no âmbito das ciências da vida e da saúde. Todos os seres humanos são adultos e autônomos, isto é, pessoas com direitos que ninguém pode violar.

A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação terminal, a consciência aguda da moralidade, da finitude da existência.

No Brasil os cuidados paliativos, são recentes. Em 1997 foi fundada em SP a Associação Brasileira de cuidados paliativos (ABCP), visando proporcionar a vinculação científica e profissional da equipe de saúde que estuda a prática e as disciplinas ligadas aos cuidados na terminalidade e promovendo eventos técnico-científico e fomentando pesquisa [4].

Mais recente, em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, agregando profissionais de saúde de todas as regiões do país que isoladamente praticam esta filosofia de cuidados. A academia objetiva promover eventos que divulguem os cuidados paliativos para profissionais de saúde e leigos e atua de modo empreendedor para o reconhecimento legal deste enfoque do cuidar, mostrando esperança para a operacionalização da filosofia dos cuidados paliativos no Brasil.

Segundo a Associação Brasileira de cuidados paliativos, diversos pacientes podem ser beneficiados pela filosofia tais como portadores de doença renal, câncer, aids, insuficiência cardíaca, algumas doenças neurológicas (*Alzheimer*, esclerose múltipla), diabetes, hipertensão, e até mesmo com graves seqüelas de acidentes, dentre outros.

Objetivos

Geral: verificar se os pacientes com diagnóstico de câncer consideram importante o exercício da autonomia ao optar por cuidados paliativos.

Específicos: Averiguar que conhecimento o paciente oncológico tem sobre cuidados paliativos; investigar se os pacientes oncológicos, após esclarecimento sobre cuidados paliativos, optariam por esta modalidade de tratamento; apresentar alguns dados sobre a realidade brasileira de oncologia.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco

explorado e torna-se difícil sobre formular hipóteses precisas e operacionalizáveis [7]. Responde a questões muito particulares, pois trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenônemos que não podem ser reduzidos à operação de variáveis [8].

Utilizou-se como cenário o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), hospital filantrópico, especializado em oncologia, referência mundial em pesquisas, pertencente à Província Camiliana Brasileira.

Foram entrevistados, aleatoriamente, 30 pacientes, maiores de 18 anos, ambos os gêneros, que estavam em acompanhamento ambulatorial (segmento trimestral, semestral ou anual), e que já tinham sido submetidos a tratamentos contra o câncer e estavam livres da doença. A pesquisadora entrevistou os pacientes que tinham condições de responder por si, no consultório, em ambiente exclusivo, fechado em total sigilo, com instrumento próprio. Termo de consentimento livre e esclarecido foi oferecido e assinado pelos sujeitos.

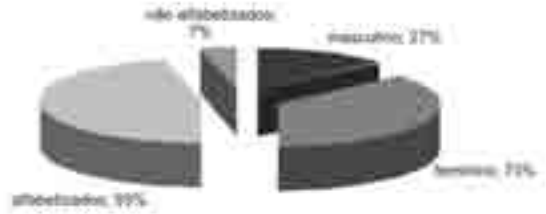
Para a realização da pesquisa, foi elaborado um instrumento de coleta de dados composto por duas partes: a primeira com dados específicos e pessoais dos pacientes entrevistados, carcterizando-o e a segunda com um questionário de perguntas norteadoras, que identificaram as experiências relatadas pelos sujeitos em relação ao tratamento, as quais foram lidas e paralelamente anotadas as respostas. O questionário foi composto por oito questões, sendo cinco fechadas e três abertas.

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, iniciou-se a coleta de dados no período de 16 a 20 de janeiro de 2008. A pesquisa teve a intenção de contribuir em nível acadêmico e científico com questões relacionadas à Bioética, especificamente no campo da medicina paliativa que está sendo implantada no Hospital e que é aplicada a pacientes terminais. A análise dos dados foi feita baseada no método de investigação psicossociológica e no estudo das comunicações de massas: Análise de Conteúdo de Laurence Bardin.

Resultados e discussão

Dos 30 participantes 22 (73%) eram do sexo feminino e 08 (27%) do sexo masculino e percebemos, no decorrer da entrevista, que, 28 pacientes (93%) eram alfabetizados e 02 pacientes (7%) não alfabetizados conforme demonstra o gráfico 1.

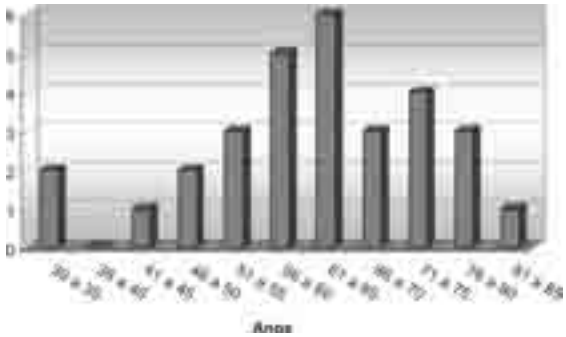
Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo e alfabetização



Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), as mulheres são as campeãs em incidência relacionada inclusive ao câncer de mama, segundo localização primária.

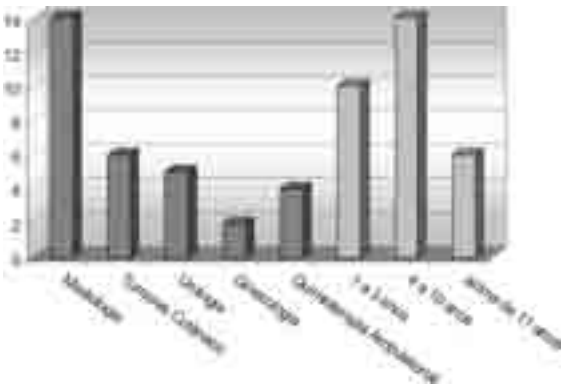
No Gráfico 2, observamos os pacientes quanto à faixa-etária dos 30 pacientes entrevistados, distribuída conforme TABNET, FOSP [9].

Gráfico 2 - Distribuição da população por faixa etária.



A distribuição da população vem comprovar a tabela fornecida pelo INCA, onde a população mais acometida são mulheres com câncer de mama, sendo na especialidade da mastologia. Podemos constatar a distribuição do tempo de tratamento onde 10 pacientes tratam a doença de 1 a 3 anos, 14 pacientes de 4 a 10 anos e 06 pacientes acima de 11 anos.

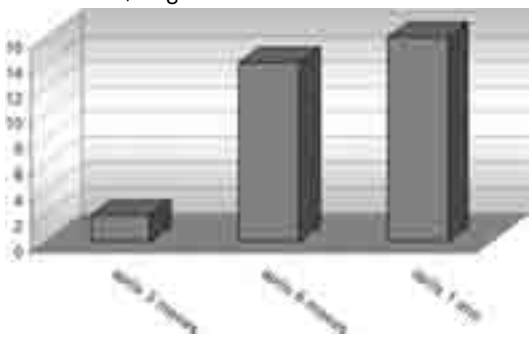
Gráfico 3 - Distribuição da população por especialidade e tempo de tratamento..



Consideração importante: 01 paciente entrevistado possuía câncer de pele e próstata, totalizando 31 casos relatados.

Mesmo com altas porcentagens de cura e as sobrevidas cada vez mais longas para o doente, o paciente oncológico passa por fases difíceis: a expectativa do diagnóstico, os tratamentos que implicam grandes cirurgias, as reações de quimioterapia e da radioterapia e principalmente, o longo tempo que se vive à espera de uma recidiva ou a confirmação de uma possível cura [10].

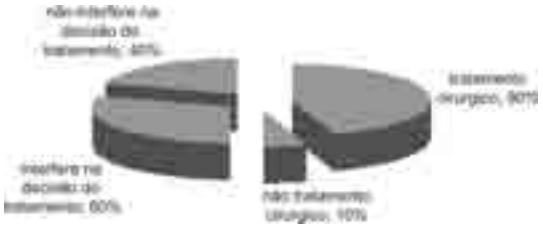
Gráfico 4 - Distribuição da população por retorno ambulatorial / segmento.



No gráfico a seguir mostra o percentual de doentes que passam por tratamento cirúrgico (90%) e por tratamento clínico (10%) e há interferência na decisão do tratamento. Foi possível perceber que os pacientes submetidos à cirurgia demonstraram importância nesse tipo de tratamento, onde a cirurgia teve um marco histórico importante de forte registro.

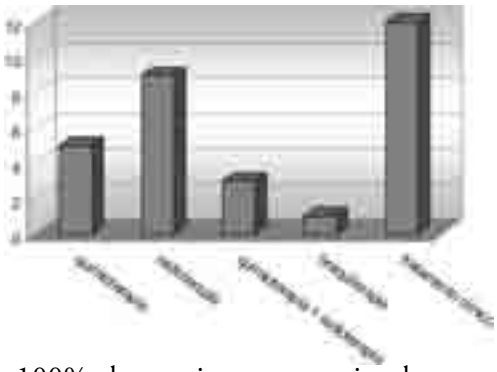
Na interferência sobre decisão do tratamento, 18 pacientes (60%), afirmam a importância de familiares e equipe de saúde, já 12 pacientes (40%) afirmam não haver interferência, agindo por iniciativa própria sendo que em algum dos casos até pouparam seu familiares.

Gráfico 5 - Distribuição da população por tratamento e interferência do tratamento.



No Gráfico 6, podemos identificar os tipos de tratamentos em que foram submetidos os 30 pacientes entrevistados, sendo 05 de quimioterapia, 09 de radioterapia, 03 na quimioterapia e radioterapia, 01 de braquiterapia e 12 pacientes em tratamento clínico.

Gráfico 6 - Distribuição da população por tipo de tratamento.



100% dos pacientes entrevistados optaram pelo tratamento rapidamente, encontrando segurança na equipe e no hospital, conforme relatos.

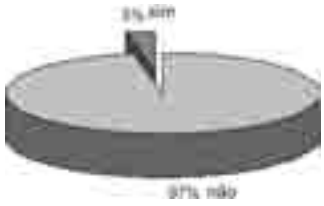
Conforme constatamos, 30 dos pacientes entrevistados (100%) afirmam não conhecer sobre o tratamento de "cuidados paliativos". Após explicação sobre o tratamento de cuidados paliativos, os 30 pacientes (100%) afirmaram a importância do mesmo na prática diária do tratamento oncológico.

Dos sujeitos entrevistados, 100% optariam pelos cuidados paliativos, se fosse necessário. Nesse momento houve questionamento por parte dos pacientes se já havia no hospital o serviço e se o mesmo era gratuito.

Dos 30 pacientes entrevistados (100%) afirmaram que se submeteriam novamente ao tratamento, caso a doença recidivar, com muita determinação, confiança e otimismo.

Conforme Gráfico 7, podemos constatar que dos 30 pacientes que responderam o questionário, 29 deles afirmaram a importância do paciente decidir sobre seu tratamento, em ter autonomia, e 1 paciente apenas, achava que a família é quem deve decidir.

Gráfico 7 - Autonomia do paciente em optar pelo tratamento.



O Código de Ética Médica menciona o direito do paciente em "decidir" livremente sobre sua pessoa

e seu bem-estar, de ser esclarecido e de consentir pelo tratamento. O princípio da autonomia, cujas raízes se encontram na filosofia Kantiana, é um dos pilares da Bioética Contemporânea. Sua relevância para a cultura atual é indiscutível relacionando-se com a causa ética da emancipação do sujeito em direção a sua autodeterminação enquanto cidadão [2].

Significado da doença - Categorias e subcategorias

Após a transcrição e a leitura flutuante de cada discurso, foram criadas as unidades de registro e agrupadas conforme suas semelhanças, chegando então às categorias e ao número absoluto (N) de citações consideradas em cada subcategoria que estão identificadas no quadro:

Quadro 1 - Descrição das categorias

Categorias	Subcategorias	N
Sentimentos experenciados ao saber da doença	Sentimentos que conotam sensações desagradáveis	19
	Indiferença frente à doença	4
	Crença religiosa	4
	Associação da doença à morte	3
	Questionamento frente à doença, sentimento de negação.	2
Expectativa quanto recidiva após tratamento	Enfrentamento da doença	17
	Crença na cura	1
Total		50

Conclusão

Foi possível constatar que 100% dos sujeitos entrevistados desconhecem sobre cuidados paliativos, nunca ouviram falar sobre esse tratamento e não sabiam que já havia sido implantado no hospital. Após o recebimento dessas informações, sobre o tipo de tratamento de cuidados paliativos, foi possível constatar que os sujeitos optariam por ele, caso viessem precisar futuramente, acharam interessante e necessário.

Foi constatado que os cuidados paliativos são considerados um tratamento importante para que os sujeitos exerçam sua autonomia em optar por ele, sendo que 18% dos entrevistados afirmam que a família e a equipe de saúde têm grande importância e influência nesse tratamento. A autonomia do paciente é vista como fator significativo na escolha e decisão pelo tratamento. É preciso informá-lo e respeitá-lo, só assim ele participará na tomada de decisão e será mais feliz, com menos sofrimento e dor, vivendo a vida com mais qualidade e otimismo.

Referências

1. Sá AC. O cuidado do emocional em saúde. 2ª ed. São Paulo: Robe; 2003.
2. Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética e longevidade humana. São Paulo: Loyola; 2006.
3. Drane J, Pessini L. Bioética, medicina e tecnologia. São Paulo: Loyola; 2005.
4. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.
5. Ross EK. Sobre a morte e o morrer. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
6. Boemer MR. A morte e o morrer. 2a ed. São Paulo: Cortez; 1989.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
8. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividades. Petrópolis: Vozes; 2000
9. FOSP. Epidemiologia do câncer [online]. [citado 2008 Jan 20]. Disponível em URL: www.fosp.saude.sp.gob.br/html/fr_dados.html.
10. Silva MJP. Amor é o caminho. São Paulo: Gente; 2000.

Artigo original

Atenção dada pelo enfermeiro aos portadores de hipertensão no Programa Saúde da Família: do discurso à prática

Ana Carolina S. do Nascimento*, Suely Rosália Frazão*, Patrícia dos Santos Pereira**, Sonia Maria Filipini, M.Sc.***

**Graduandas em Enfermagem, auxiliar em enfermagem na Prefeitura de Pindamonhangaba, SP, ***Orientadora, professora de graduação e pós-graduação das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (Departamento de Enfermagem) em Lorena, SP e na faculdade UNIVAP (Universidade do Vale do Paraíba) em São José dos Campos-SP*

Resumo

A hipertensão é uma doença da regulação vascular, cujos mecanismos que controlam a pressão arterial dentro da faixa do normal estão alterados. A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da pressão arterial, no âmbito da atenção básica evitam o agravamento dessa patologia e o surgimento de complicações, reduzindo o número de internações, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares. Este estudo aborda a atenção dada pelo enfermeiro aos portadores de hipertensão arterial no Programa Saúde da Família (PSF) em uma cidade do Vale do Paraíba de acordo com a reorganização do Ministério da Saúde. Foram pesquisados 11 enfermeiros que trabalham no PSF sobre a atuação da Unidade e do Programa em relação à atenção dispensada aos pacientes hipertensos. Utilizamos uma abordagem metodológica quantitativa, descritiva exploratória. Os dados foram discutidos e tabulados e a conclusão mostrou uma busca no município pela implantação do plano de atenção ao paciente hipertenso com algumas distorções comuns a transformação da teoria a prática.

Palavras-chave: hipertensão, Programa Saúde da Família, enfermeiro, atenção primária à saúde.

Abstract

Nurses caring to persons with hypertension in Family Health Program: from speech to practice

The hypertension is a disease of vascular control whose mechanisms that control normal blood pressure are changed. The early identification and the relationship of patients with Health Basic Units are essential elements to disease control. Follow-up and blood pressure control supervised by primary health care can help to prevent this disease getting worsening and onset of complications, reducing the number of hospital admissions, as well as cardiovascular disease mortality. This study approaches nurses caring to patients with hypertension of a Family Health Program (FHP) in a city of Vale do Paraíba, according to the

Artigo recebido em 3 de dezembro de 2007; aceito em 12 de janeiro de 2009.
Endereço para correspondência: Suely Rosália Frazão, Rua Antônio Ramos da Silva Filho, 51 Cícero Prado 12440-460 Pindamonhangaba SP, Tel: (12) 3641-2506, E-mail: suely-frazao@bol.com.br

reorganization of Ministry of Health. Eleven nurses working in the FHP were inquired about the performance of the Unit and program related to care given to hypertensive patients. It was used a quantitative and descriptive exploratory approach, and data were discussed and tabbed. Results pointed out a search for implementation of a care plan to the hypertensive patient, with some distortions very common when we turn theory into practice.

Key-words: hypertension, family health program, nurse, primary health care.

Resumen

Atención prestada por el enfermero a las personas con hipertensión en el Programa de Salud Familiar: del discurso a la práctica

La hipertensión es una enfermedad de control vascular cuyos mecanismos que controlan la presión arterial dentro de la escala normal están alterados. La identificación precoz y el establecimiento del vínculo entre los pacientes y las unidades básicas de salud son elementos imprescindibles para el suceso del control de esa enfermedad. El seguimiento y el control de la presión arterial, en el ámbito de la atención básica evitan que la enfermedad se agrave y la aparición de complicaciones, reduciendo el número de casos de hospitalización, así como la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Este estudio aborda la atención prestada por los enfermeros a los pacientes hipertensos en el Programa de Salud Familiar, en una ciudad del Vale do Paraíba, de acuerdo con la reorganización del Ministerio de la Salud. Once enfermeros, que trabajan el PSF, participaron de la encuesta sobre la actuación de la Unidad y del Programa en relación a la atención prestada a los pacientes hipertensos. Utilizamos un abordaje metodológico cuantitativo, descriptivo exploratorio. Los datos fueron discutidos y tabulados y la conclusión mostró una búsqueda por la implantación del plano de atención al paciente hipertenso con algunas distorsiones comunes a la transformación de la teoría en práctica.

Palabras-clave: hipertensión, programa de salud familiar, enfermero, atención primaria de salud.

Introdução

Nas últimas décadas, com toda a transformação ocorrida em todos os seguimentos, também no perfil da mortalidade da população brasileira aconteceram significativas alterações, resultando no aumento de óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas, ultrapassando, segundo dados do Ministério da Saúde (1998), em algumas regiões, as chamadas doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose), diarréia aguda, broncopneumonias. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontra-se a hipertensão arterial [1,2].

As doenças do aparelho circulatório representam importantes problemas de saúde pública no país. Há algumas décadas, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil, segundo os dados oficiais (Sistema de Informação Mortalidade-SIM). Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, 255.585 pessoas morreram em conseqüência de doenças do aparelho circulatório. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui o principal fator de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais freqüentes decorrentes da HAS, encontra-se o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular encefálico (AVE). Em relação a custos, encontramos dados para o ano de 2000 de mais R$ 39 milhões com hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) [3].

A hipertensão arterial ocupa espaço grave de problema de Saúde Pública com prevalência estimada na população brasileira adulta de 20% e na população idosa chegando a 65%. Cerca de 30% dos hipertensos desconhecem serem portadores da doença que apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho [4,5]. Aproximadamente 85% dos pacientes com AVE e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada [1].

A hipertensão é uma das doenças crônicas mais prevalentes para qual o tratamento é disponível, entretanto, muitos pacientes com hipertensão permanecem sem tratamento. Dados recentes demonstram que apenas 68% dos adultos com hipertensão estão cientes de sua existência, 53% recebem tratamento e 27% alcançam um bom controle da pressão arterial [6,7].

Como a hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento requer

o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. O trabalho da equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e a comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes [3].

Frente à crise vivida no setor de saúde, pelo agravamento de lesões decorrentes da patologia acima citada, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitem a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente [8,9].

A dinâmica proposta pelo PSF, centrada na promoção da qualidade e intervenção dos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos [8,9].

O Programa Saúde da Família tem como pressuposto básico a família como foco de assistência [10]. Família são pessoas aparentadas que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos; pessoas do mesmo sangue, origem e ascendência [11].

Em 2001, o Ministério da Saúde, através de seu programa de Atenção à Hipertensão Básica, estabelece as diretrizes do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA), através da Portaria 235/GM de 22/02/2001 e referida na Agenda Nacional de Saúde para 2001. O Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada a HA, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e sociedades para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessa patologia; através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação e cadastro do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo, assim, a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessa patologia na rede pública de serviços de saúde [2].

O plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial divide-se em quatro etapas:

Capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HA.

Campanha de informação e de identificação dos suspeitos de HA e promoção de hábitos saudáveis de vida.

Confirmação diagnóstica e início da terapêutica.

Cadastramento e vinculação dos pacientes portadores de HA às unidades básicas de saúde [12].

Em face ao conhecimento adquirido em nosso período acadêmico vivenciamos na prática falhas relacionadas à idealização do proposto nos programas de Saúde pelo Ministério e a prática estabelecida no dia a dia dos profissionais de saúde das unidades de atendimento a população, em nosso caso as Unidades de Saúde da Família. Os dados relacionados aos riscos das doenças cardiovasculares ainda são extremamente altos, o desconhecimento pelo paciente em relação à gravidade de doenças como hipertensão que podem ser detectadas através da prevenção primária e no diagnóstico precoce, e a vinculação dos portadores à rede básica de saúde e das equipes de PSF proposto pelo Ministério de Saúde.

Tendo em vista o descrito acima, buscamos estudar e avaliar, em face desta reestruturação, a atenção prestada aos portadores de hipertensão arterial nas Unidades de Saúde da Família.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, que busca identificar a assistência prestada aos portadores de hipertensão arterial atendidos nos PSF do município de uma cidade do Vale do Paraíba e comparar com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Como sujeitos da pesquisa, foram convidados enfermeiros que trabalham em unidades do Programa de Saúde da Família em um município do Vale do Paraíba que concordaram previamente em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa através de um formulário contendo questões abertas e fechadas em duas partes:

Identificação dos voluntários com perguntas relevantes como sexo, idade, tempo de formação, tempo na função.

A segunda parte constou de perguntas específicas buscando identificar o atendimento fornecido aos usuários hipertensos da Unidade como: existência de cadastro de hipertensos, organização de grupos, cuidados específicos, captação de riscos etc.

Resultados

Conforme podemos observar na Tabela I, dos enfermeiros entrevistados, 91% são do sexo feminino, não contrariando as afirmações históricas de que a enfermagem é uma profissão feminina. Em relação ao tempo de formação dos sujeitos da pesquisa, os resultados revelam que mais de 45% possuem até 5 anos de formados. Em relação ao tempo que exerce a função, encontramos a maioria de nossos voluntários com experiência acima de 6 anos, em concordância com o requisito básico solicitado em Edital 01-06 do concurso para enfermeiro do PSF da Secretaria Municipal do município estudado.

Encontramos na Tabela II que a distribuição do número de equipes varia entre 1e 3 equipes. Conforme a população atendida pela equipe, em concordância com o pressuposto pelo Ministério da Saúde: cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde [1]. Em relação ao tempo de existência do programa na Unidade de Saúde, em sua maioria, 46%, estão implantados há mais de 6 anos devido ao tempo de implantação do PSF na cidade, datando de 1999. Encontramos na distribuição que 36% das unidades receberam o programa de 1 a 2 anos [1]. Quanto ao treinamento, a maioria dos entrevistados, 91%, participou de treinamento do PSF conforme o preconizado pelo MS, em discordância com o referido, apenas 9% relatou não haver participado de nenhum treinamento.

Em relação ao cadastro de hipertensos na Unidade de Saúde, encontramos na maioria das respostas, 55%, que o número de cadastrados está entre 201 e 500 pacientes e, ainda, que 18% desconhecem o número de hipertensos. Quanto ao cadastro dos pacientes no programa Hiperdia, encontramos que 91% dos pacientes já estão cadastrados no Hiperdia e 9% ainda não estão cadastrados. Nos dados acima, encontramos que os entrevistados responderam que 100% dos pacientes, ainda não cadastrados, recebem regularmente a medicação para hipertensão [12]. Na tabela acima verificamos que 100% dos entrevistados responderam que realizam a consulta de enfermagem, concordando com a lei 7498/86 [13], regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução COFEN 159, dispondo em seu artigo 1º: "Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de enfermagem." Os dados acima mostram que a pressão arterial é aferida com maior freqüência semanalmente. O profissional enfermeiro está capacitado para estabelecer

Tabela I - Identificação do profissional.

Sexo		Tempo de formação		Tempo que exerce a função	
Masculino	9%	1 a 5 anos	46%	1 a 3 anos	0%
Feminino	91%	11 a 15 anos	18%	4 a 7 anos	82%
		6 a 10 anos	27%	8 anos ou mais	18%
		16 a 20 anos	9%		

Tabela II - Referente ao Programa Saúde da Família.

Nº de equipes		Tempo de existência		Treinamento para os profissionais	
1 equipe	0%	1 a 2 anos	36%	Sim	91%
2 equipes	9%	3 a 5 anos	18%	Não	9%
3 equipes	91%	6 anos ou mais	46%		

Tabela III - Referente ao atendimento do paciente.

Pacientes cadastrados		Cadastrados no Hiperdia		Recebimento de medicação	
100 a 200	27%	Sim	91%	Sim	100%
201 a 500	55%	Não	9%	Não	0%
Não sabe	18%				
Consultas de enfermagem		Freqüência de aferição de PA		Periodicidade de exames laboratoriais	
Sim	100%	Semanal	81%	Mensalmente	73%
Não	0%	Quinzenal	19%	Semestralmente	18%
		Mensal	0%	Anualmente	9%
		Semestral	0%		

necessidades e prioridades em relação ao paciente hipertenso, mediante padronização de condutas e protocolos. Dependendo da necessidade do paciente, a pressão deve ser aferida diariamente, 2 vezes ao dia, 3 vezes por semana ou até semanalmente, levando em conta a vinculação do paciente à unidade, mediante orientações do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial. Em relação à periodicidade dos exames, o protocolo elaborado pelo município diz que: os exames alterados devem ser repetidos a cada 3 meses e, em casos normais, anualmente, concordando com apenas 9% dos entrevistados. Segundo o MS, os casos suspeitos identificados de HA devem ser vinculados às Unidades Básicas de Saúde e/ou equipe de Saúde da Família, onde devem ser solicitados os exames necessários para confirmação diagnóstica e iniciado o tratamento adequado quando necessário [12].

Conclusão

Após a realização desta pesquisa pode-se inferir algumas considerações do Município estudado:

Que o programa de saúde da família do município, embora com as dificuldades características busca manter seus princípios e prerrogativas .

Os enfermeiros do PSF do município receberam capacitação para atuar junto ao PSF e no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial.

Que a proposta de reorganização do Ministério da Saúde está sendo implementada no município ainda com algumas distorções, que necessitam correção, como, por exemplo, o desconhecimento por parte dos enfermeiros do número de pacientes hipertensos cadastrados na Unidade.

Que devido aos ótimos resultados alcançados, o município vem implantando novas equipes de Programa de Saúde da Família.

Que a falha na realização das práticas nos serviços de saúde existe, devido a uma contínua estruturação de sua teoria, talvez na busca de uma melhora nos serviços públicos de saúde prestados.

Portanto, mais estudos e acompanhamentos se fazem necessários para que este período de transição do modelo assistencial, em nosso país, seja relatado, minimizando erros futuros e valorizando as experiências municipais neste nosso país de tão grande complexidade.

Referências

1. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde SUS: dados epidemiológicos, assistência médica. Brasília: Ministério da Saúde;1993.
2. Ministério da saúde. Doenças cardiovasculares [online]. [citado 2006 Ago 08]. Disponível em URL: http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas Informes Técnicos Institucionais Plano de reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus:fase de detecção de casos suspeitos de DM. Rev Saúde Pública 2001;35(5):490-3.
4. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2000;34:316-9.
5. Sociedade Brasileira de Hipertensão. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão;1998.
6. Nettina SM. Prática de Enfermagem. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
7. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002
8. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública 2000;34:316-9.
9. Ministério da saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.
10. Santana LM, Carmagnani MA. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade 2001;10(1):33-53.
11. Ferreira ABO. O Dicionário da Língua Portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
13. Brasil. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun 1986. Seção 1, p. 1.

Relato de caso

Procedimentos de enfermagem no paciente portador de úlcera de pressão

Rosiléia Dias Domingos*, Cláudia de Souza Moraes, M.Sc.**

**Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa, **Orientadora, UERJ*

Resumo

A úlcera de pressão pode ser definida como uma área localizada de necrose celular que tende a desenvolver-se quando os tecidos moles são comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo e sua prevenção e tratamento constituem um grande desafio para a enfermagem. Os fatores de risco que podem causar a úlcera de pressão são os externos (pressão, cisalhamento, fricção) e internos – condições nutricionais; idade avançada; incontinência urinária ou fecal; mobilidade reduzida ou ausente; peso corporal - menos tecido adiposo, menor proteção nas proeminências ósseas; doenças - diabetes, hipertensão, doença vascular periférica, câncer e outras; uso de medicamentos - antibióticos, corticóide, aminas, entre outros. Para mostrar como deve ser o procedimento de enfermagem em relação ao indivíduo com úlcera de pressão, optou-se por realizar um estudo de caso hipotético-dedutivo de um paciente portador de trauma raquimedular. Concluiu-se que é importante que seja adotada uma rotina pré-estabelecida de técnicas e tipos de curativos para tratamento das úlceras de pressão em região sacra, visto que a uniformização das ações contribuirá para o controle e acompanhamento adequados das lesões, propiciando melhor prognóstico, o que facilitará as ações de enfermagem.

Palavras-chave: úlcera de pressão, procedimento, enfermagem.

Abstract

Nursing procedures to care patient with pressure ulcer

The pressure ulcer can be defined as a localized area of cellular necrosis resulting from direct pressure on the skin between bony prominence and hard surface for prolonged period. Its prevention and treatment is a great challenge for nursing. Risk factors which can cause pressure ulcer are external (pressure, shear, friction) and internal (impaired nutrition, increasing age, urinary or fecal incontinence; impaired mobility, body mass - less adipose tissue, lesser bony prominence protection; disease - diabetes, hypertension, peripheral vascular disease, cancer and others; medicine use - antibiotic, corticoid, amine and others. To show how nursing procedures should be performed to an individual with pressure ulcer, we decided to carry out a case study using a hypothetical-deductive model of a patient with spinal cord injury. We conclude that it is important that a daily established routine of techniques and types of dressings for treatment of sacral pressure ulcers should be adopted, as uniform procedures will cooperate for adequate wound management and follow up, providing better prognosis and making easier nursing actions.

Key-words: pressure ulcer, procedure, nursing.

Artigo recebido em 20 de agosto de 2007; aceito em 12 de dezembro de 2009.
Endereço para correspondência: Rosiléia Dias Domingos, Rua 24 de Maio 797, 20950-091 Rio de Janeiro RJ, E-mail: rosileiadias@oi.com.br

Resumen

Procedimientos de enfermería al paciente con úlcera por presión

La úlcera por presión puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro y su prevención y tratamiento constituyen un desafío para la enfermería. Los factores de riesgo que pueden causar ulcera por presión pueden ser externos (presión, cizallamiento, fricción) y externos – condiciones nutricionales; edad avanzada; incontinencia urinaria o fecal, movilidad reducida o ausente; peso corporal – menos tejido adiposo, menor protección en las prominencias óseas; enfermedades – diabetes, hipertensión, enfermedad vascular periférica, cáncer y otras; uso de medicamentos – antibióticos, corticoides, aminas, entre otros. Para demostrar como debe ser el procedimiento de enfermería en relación al individuo con úlcera por presión, se optó por realizar un estudio de caso hipotético deductivo de un paciente con trauma raquimedular. Se concluyó que es importante que sea pre-establecida una rutina de técnicas y tipos de curativos para tratamiento de úlcera por presión en región sacra, una vez que, la uniformidad en los procedimientos contribuirá para el control y seguimiento adecuados de las heridas, proporcionando mejor pronostico, y así facilitar las acciones de enfermería.

Palabras-clave: úlcera por presión, procedimiento, enfermería.

Introdução

A enfermagem é uma profissão em que pessoas especializadas cuidam dos doentes, ajudando-os a recuperar a saúde. A maioria desses profissionais trabalha em hospitais, mas há os que atuam em outros lugares. Estes podem prestar cuidados em doentes em domicílio, nos consultórios (de médicos e/ou dentistas), nas policlínicas, clubes, escolas, fábricas, nas forças armadas, e em navios, trens ou aviões dos serviços de saúde (civis ou militares), nas grandes e pequenas cidades, na zona rural, nas missões religiosas e serviços de proteção ao índio, em suma, em todas as partes do mundo.

Pensando em todos os lugares e condições de trabalho do enfermeiro, resolveu-se neste trabalho esclarecer pontos sobre a úlcera de pressão em seu tratamento e condições dos pacientes/curativos; sabendo-se que a úlcera acontece pela perda de substâncias superficiais da epiderme ou da mucosa, geralmente com pouca tendência à cicatrização, causada de regra por perturbações circulatórias, irritação persistente e imobilidade prolongada. O ideal é fazer uma rotina de curativo para a úlcera de pressão de acordo com o que a instituição oferece, não se esquecendo de realizar tratamento local cuidadoso (curativos à base de antibiótico, vitaminas e substâncias cicatrizantes).

A literatura internacional aponta que entre 3 a 14% de todos os pacientes hospitalizados desenvolvem lesões de pele. Vale lembrar que algumas delas são decorrentes de fatores inerentes à doença e às condições clínicas do cliente e que, muitas vezes, podem ser evitadas com o uso de materiais e equipamentos adequados ao alívio da pressão e aos cuidados específicos com a pele.

A prevenção e o tratamento das úlceras de pressão constituem um grande desafio para a enfermagem, principalmente porque a ocorrência de lesões aumenta a propensão do cliente a apresentar infecções, interfere na qualidade de vida, eleva o índice de permanência nos leitos hospitalares e, conseqüentemente, interfere no custo hospitalar.

Segundo Rabeh [1], desde Florence Nightingale, período caracterizado como Enfermagem Moderna, a ocorrência da úlcera de pressão tem uma conotação negativa, apresentando-se como falha no cuidado ou assistência inadequada. No livro *Notas sobre a enfermagem*, a autora evidencia que: "Se o doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições, ou ainda se apresenta úlceras de decúbito, geralmente, não é devido à doença, mas à enfermagem".

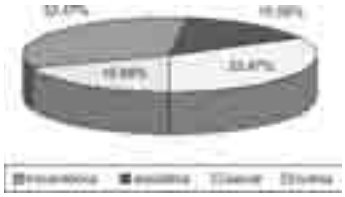
A úlcera de pressão pode ser definida como "uma área localizada de necrose celular que tende a desenvolver-se quando os tecidos moles são comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo" [2].

De acordo com o estudo de Fernandes [3], 40% dos pacientes em Centros de Terapia Intensiva (CTI) desenvolvem úlceras de pressão nas duas primeiras semanas de hospitalização, sendo consideradas como as complicações comuns em pacientes com curto ou longo tempo de internação e em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) a incidência de úlceras de pressão em doentes cirúrgicos atinge o índice de 17%.

Um estudo desenvolvido por Bergstrom *et al.* [4] mostra que a incidência de úlceras de pressão apresentou-se significativamente maior em pessoas do sexo feminino do que do sexo masculino. Outro achado deste estudo, foi que pessoas de pele branca, em número consideravelmente maior, desenvolveram úlceras de pressão comparadas a pessoas negras. Os autores relatam também que a ocorrência de úlceras de pressão está associada a certas patologias e às intervenções realizadas para a prevenção destas.

Geralmente, estão localizadas em áreas de proeminências ósseas (Gráfico 1) e ocorrem quando a pressão aplicada à pele, por algum tempo, é maior que a pressão capilar normal (32 mmHg/arteríolas e 12 mmHg/vênulas) [5].

Gráfico 1 - Distribuição percentual das úlceras de pressão segundo localização.



Fonte: Costa *et al*. [6].

Estas podem se desenvolver em 24 horas ou levar até 5 dias para sua manifestação. Todos os profissionais da área médica, responsáveis pelo acompanhamento do paciente devem estar familiarizados com os principais fatores de risco. Neste sentido, a observação das medidas profiláticas para eliminar forças de pressão contínua, cisalhamento ou fricção é de vital importância para evitar a formação de úlceras [6].

A etiologia da úlcera de pressão ainda não está totalmente esclarecida, mas sabe-se que a pressão contínua sobre a pele leva a fenômenos isquêmicos associados à deficiência de nutrientes e conseqüentemente necrose tecidual. Pode-se afirmar que esta seja multidimensional, e os fatores apresentados como mais importantes são a imobilidade e a diminuição da percepção sensorial, que levam ao excesso de pressão e isquemia.

Porém, constata-se que são muitos os fatores de risco que podem predispor ao paciente a úlcera de pressão [5]. Estas podem ser provocadas por fatores internos e externos [7]:

1. *Fatores externos*: São aqueles que estão relacionados ao mecanismo de lesão, influenciado a tolerância tissular pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele, e que refletem o grau em que a pele é exposta. São eles:
2. Pressão: como já foi citado, é o fator mais importante – o tecido mole é comprimido entre uma saliência óssea e uma superfície dura. Ocorre uma pressão maior que a capilar, causando isquemia.
3. Cisalhamento: ocorre quando o indivíduo desliza da cama – o esqueleto e os tecidos mais próximos se movimentam, mas a pele permanece imóvel. Um dos piores hábitos que pode ocasionar esse tipo de lesão é o de apoiar as costas na cabeceira da cama, o que favorece o deslizamento, causando dobras na pele.
4. Fricção: ocorre quando duas superfícies são esfregadas uma contra a outra. A forma mais comum de ocorrência desse tipo de problema é arrastar o cliente ao invés de levantá-lo, o que remove as camadas superiores das células epiteliais. A umidade piora os efeitos da fricção.

2. *Fatores internos*: Os fatores internos estão relacionados às variáveis do estado físico do cliente, que influenciam tanto na constituição e integridade da pele, nas estruturas de suporte ou nos sistema vascular e linfático que servem à pele e estruturas internas, quanto no tempo de cicatrização. Entre os fatores internos, pode-se incluir aqueles relacionados às condições do cliente, tais como: condições nutricionais; nível de consciência; idade avançada; incontinência urinária ou fecal; mobilidade reduzida ou ausente; peso corporal (menos tecido adiposo, menor proteção nas proeminências ósseas); doenças (diabetes, hipertensão, doença vascular periférica, câncer e outras); uso de medicamentos (antibióticos, corticóide, aminas, beta-bloqueadores e outros).

As úlceras eram classificadas, segundo o Centro Nacional de Dados sobre Lesão Medular como: Grau I – as lesões são limitadas a epiderme e derme superficial; Grau II – as lesões envolvem a pele em sua espessura total e o tecido celular subcutâneo; Grau III – as lesões se estendem até o plano muscular e Grau IV – onde há destruição de todos os tecidos (partes moles) com acometimento de ossos ou articulações [6].

Para aplicar está classificação com segurança, o enfermeiro deverá saber identificar a epiderme, a derme, o tecido subcutâneo e diferenciar o tecido granulado, músculo, tendões e ossos.

De acordo com Jorge & Dantas [8], a avaliação é definida como apreciação de uma situação na qual existem vários fatores norteadores e o primeiro passo para essa avaliação é o diagnóstico e determinação de um plano de cuidados de forma sistematizada.

A terapêutica no caso da úlcera de pressão por falta de mobilidade é demorada, ou seja, o tempo de convalescença é longo.

O estudo de caso hipotético, que será apresentado durante esta pesquisa, trata de um paciente de 34 anos que sofreu traumatismo raquimedular, tendo como causa um mergulho no rio causando fratura de C4 e C5, sendo diagnosticada tetraplegia.

De acordo com as considerações de Defino [9], o mergulho em águas rasas representa uma importante causa de trauma raquimedular, tendo sido observados sessenta e nove casos entre 1989 a 1996, com o predomínio desse tipo de lesão em pessoas jovens do sexo masculino, principalmente durante o verão.

Estes pacientes ficam acamados e imóveis por um longo período, o que os torna suscetíveis à úlcera de pressão.

Conforme acrescenta Corrêa [10]:

> "A imobilidade é definida como inabilidade ou a diminuição da capacidade de mudança de posição corporal. Ela pode ter longa duração ou não, dependendo dos fatores a que está condicionada. Quanto maior o período de imobilidade mais danos ao organismo. Uma ou mais pessoas podem ter o mesmo nível de imobilidade, porém cada uma delas perceberá e reagirá de forma particular, singular, envolvendo o conhecimento que tem a respeito do problema e do tratamento dispensado, os fatores psicológicos e sociais, a motivação para a cura e a reação do organismo. Podendo produzir três mudanças críticas na capacidade de adaptação do sistema cardiovascular na condução do sangue para os capilares. São elas: controle vasomotor, retorno venoso ao coração e estase venosa. A formação de trombose venosa nesta situação é comum, pois a estase venosa e a desidratação podem levar a um quadro de hipercoagulabilidade do sangue".

Dessa forma, o enfermeiro deve estar atento sobre a forma de assegurar o cuidado com a úlcera de pressão, dando orientações sobre como realizar o curativo.

Por este motivo, o objetivo deste artigo é elaborar uma rotina de enfermagem aplicada ao paciente com úlcera de pressão, destacando a seleção da técnica de curativo que deve ser adotada em cada etapa do tratamento, pautando-se por critérios que privilegiem uma conduta individualizada.

Material e método

O estudo se desenvolveu a partir de uma pesquisa descritiva, que, segundo Andrade [11] afirma, na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, atualizados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles.

Gil [12] acrescenta que esse tipo de pesquisa tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relação entre variáveis.

Quanto à abordagem, trata-se de um estudo qualitativo, que segundo Gomes *apud* Andrade [11], responde a uma questão muito particular, se preocupa, nas ciências, com um nível de realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que podem se reduzidos à operacionalização da variável.

O método de pesquisa adotado é o hipotético-dedutivo, aplicado por meio de um estudo de caso, a fim de ilustrar como deve ser a conduta do enfermeiro com relação aos cuidados do paciente com úlcera de pressão.

Procedimento de coleta de dados

A elaboração do instrumento de coleta de dados foi desenvolvida em duas etapas:

1) *Primeira etapa:* Elaborou-se um suposto roteiro acerca do assunto. Para tal, buscou-se suporte teórico em literatura específica.
2) *Segunda etapa:* Para a elaboração da segunda parte do instrumento foi realizado um fichamento de todo o material pesquisado pertinente para identificação e categorização das condições predisponentes (ou fatores associados) e dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados com a formação de úlcera de pressão, como também, os métodos de tratamento e curativos.

Resultados e discussão

Paciente J.S.P., 34 anos, deu entrada no HEMB, vítima de traumatismo raquimedular, sofrida quando mergulhava, com fratura de C4 e C5, déficit, motor e sensitivo, sendo submetido à descompressão medular cervical. Evolui com quadro compatível com diagnóstico de tetraplegia.

No 9º dia de internação, o paciente apresenta úlcera de decúbito na região sacra de grau I, o que corresponde à área de eritema que não desaparece com pressão, temperatura da pele elevada, tecidos macios e congestionados. Posteriormente, as úlceras também surgiram nas regiões trocantérica direta e esquerda, maleolar direita e esquerda, calcária direita e esquerda e tibial esquerda.

Pode-se observar, durante a avaliação clínica, que os problemas apresentados pelo cliente, os quais podem estar associados ao aparecimento de úlcera de pressão, são: deficiência nutricional, anemia e distúrbios metabólicos.

Observando-se também, outros fatores associados a essa afecção do paciente acamado, abordados na literatura existente, como, por exemplo:

- Umidade aumentada: o contato prolongado com a umidade devido à transpiração, urina, fezes ou líquido de drenagem produz a maceração da pele. A pele reage às substâncias causticas nessas secreções e tende a romper-se. Uma vez rompida a pele, a área é invadida por microorganismos e a infecção acontece.
- Imobilidade: o aparecimento da úlcera está diretamente ligado à duração da imobilidade. Se esta for prolongada, ocorre necrose tissular e trombose de pequenos vasos. As áreas de proeminência óssea são mais suscetíveis ao desenvolvimento da ulceração porque são cobertas por pele e pequena quantidade de tecido subcutâneo.
- Atrito - tracionamento: as forças mecânicas contribuem para o desenvolvimento de úlcera de pressão. As úlceras, devido ao atrito e traça, ocorrem quando o paciente desliza para a parte inferior da cama ou quando é movimentado ou posicionado inadequadamente. Os músculos espásticos e a paralisia aumentam a vulnerabilidade às relacionadas com atrito e tração.

Potter & Perry [13] consideram a depressão também um fator de risco. A depressão é um estado emocional anormal caracterizado por sentimentos exagerados e desproporcionais de tristeza, melancolia, desânimo, inutilidade, vazio e desesperança. Pode ser resultante de uma preocupação a respeito da saúde ou de necessidades familiares e financeiras, atuais ou futuras. Uma vez que a imobilização impede que o paciente realize suas atividades diárias, ele tem mais tempo para se preocupar com a sua incapacidade, o que pode rapidamente aumentar a depressão, causando isolamento. Tendo em vista os fatores de risco apresentados, a conduta adotada deve contemplar os aspectos em que são considerados de modo amplo tanto o paciente quanto a ferida, pois, para Potter & Perry [13], pelo processo de enfermagem, o profissional avalia as necessidades fisiológicas, psicossociais e de desenvolvimento, diagnostica problemas reais ou potenciais relacionados à imobilização, planeja e dá assistência para suprir as necessidades do paciente e evita ou resolve problemas. Como os efeitos da imobilidade podem ser prolongados ou permanentes, a assistência a esses pacientes é um desafio para o profissional.

O quadro grave apresentado pelo paciente em questão, associado aos fatores de risco, contribuiu para que as úlceras atingissem o grau IV de evolução, que se caracteriza por estender-se até as estruturas subjacentes, como indicativa de infecção. Era possível se localizar, ainda, bolsas profundas de infecção sob a pele ao redor da lesão e em alguns pontos, exposição óssea. No decorrer do tratamento, foram utilizadas as seguintes opções terapêuticas:

- Carvão ativado: se mostra eficaz na absorção de substâncias químicas liberadas pelas feridas fétidas e é o único curativo bactericida. Apresenta grande vantagem se associado a outros produtos, como ácidos graxos essenciais e alginatos.
- Alginato: curativo interativo, pois sua estrutura se altera à medida que ele reage com a ferida. Quando absorve o exsudato, o curativo muda sua estrutura fibrosa para a consistência de gel. É apropriado para feridas com exsudação moderada a grande e pode exigir um curativo secundário.
- Gaze não-aderente: preserva o tecido em granulação e não adere ao leito da ferida. É indicada para áreas cruentas pós-trauma e contra-indicada para ferida com secreção purulenta.
- Ácidos graxos essenciais (AGE Dersani®): mantém a integridade da epiderme, uma vez que tornam a membrana celular mais resistente aos estímulos agressivos, atuando como emoliente, acelerando o processo de granulação.
- Hidrogéis: têm capacidade de absorver o exsudato e de hidratar feridas ressecadas, como escaras necróticas facilitando, assim, o desbridamento.

Podem ser utilizados em feridas com exsudação de baixa a moderada e em pequenas cavidades. Exigem curativos secundários.

- Terapia por vácuo: é utilizada através de pressão negativa da ferida, estimulando o fluxo sanguíneo e uma rápida granulação. A pressão é feita por um aparelho que contém uma esponja revestida por curativo-filme, com a finalidade de criar um selo hermético. A esponja é ajustada à ferida e se liga à bomba por meio de um receptáculo para coletar o exsudato.

A freqüência de troca dos curativos depende da indicação do fabricante bem como da necessidade de substituição. De acordo com Tashiro & Murayama [14], o curativo deve ser trocado sempre que estiver úmido, já que a secreção irrita a pele e age como possível meio de cultura.

No paciente estudado havia, inicialmente, áreas de necrose, e optou-se pelo uso do curativo de carvão ativado, verificando-se melhora significativa e diminuição de tecido desvitalizado. Diante da alteração do quadro apresentado, com presença de apenas poucas áreas de necrose, tornou-se necessário modificar o tratamento já que o carvão ativado não está fisicamente adequado a lesões pequenas, por não poder ser cortado.

Adotou-se um esquema à base de alginato de cálcio e hidrogel, que promovem desbridamento autolítico de tecido. Nesse estágio ainda não havia exposição óssea com o emprego dos curativos acima citados, o paciente apresentou boa evolução no início da fase de cicatrização tanto das úlceras maleolares direta e esquerda como das calcâneas direta e esquerda e da tibial esquerda e obteve alta hospitalar.

Houve re-internação, verificando-se piora significativa das lesões, com aumento de extensão e profundidade, principalmente da região sacra. Nesse momento, as áreas de exposição óssea foram protegidas com gaze não aderente e AGE, e voltou-se a utilizar carvão ativado nas áreas de necrose e secreção. Como a evolução não foi satisfatória, optou-se pelo emprego de novo tratamento (terapia por vácuo), através da qual se obteve melhora considerável das úlceras de pressão na região.

Conclusão

Ao realizar o levantamento bibliográfico para o estudo de caso, observou-se o quanto é importante que seja adotada uma rotina pré-estabelecida de técnicas e tipos de curativos para tratamento das úlceras de pressão em região sacra, visto que, a uniformização das ações contribuirá para o controle e acompanhamento adequados das lesões, propiciando melhor prognósticos ao paciente como contribuição para a facilitação das ações de enfermagem. Em face do exposto, sugere-se a utilização de uma escala que possibilite o acompanhamento da evolução das úlceras PRS e de um manual de rotinas que especifique o uso dos diversos tipos de curativos de que se dispõem na instituição e a seqüência ideal de evolução da ferida.

Deve-se lembrar que existem novos produtos para utilizar no tratamento das úlceras de pressão cujos resultados são bastante eficazes. Porém, a indicação fica a critério do médico ou do profissional de enfermagem especializado.

Manter alguns cuidados com a pele do paciente também é fundamental. Atuando no alívio da pressão da pele, nas áreas de maior risco ou onde se têm ossos mais proeminentes. Estes cuidados podem ser realizados desde os primeiros momentos que o paciente ficou acamado, seja em casa ou no hospital.

Diante do exposto neste trabalho, pode-se dizer que os cuidados de enfermagem no paciente com úlcera de pressão em região sacra devem ser:

- Manter o colchão piramidal (caixa de ovo) sobre o colchão da cama do paciente;
- Mudar sempre o paciente acamado de posição;
- Colocar travesseiros macios embaixo dos tornozelos para elevar os calcanhares;
- Colocar o paciente sentado em poltrona macia ou revestida com colchão piramidal várias vezes ao dia;
- Quando sentado, mudar as pernas de posição, alternando as áreas de apoio;
- Manter alimentação rica em vitaminas e proteínas;
- Manter hidratação;
- Trocar fraldas a cada três horas, mantendo o paciente limpo e seco;
- Hidratar a pele com óleos e/ou cremes á base de vegetais;
- Utilizar sabonetes com pH neutro para realizar a limpeza da região genital;
- Aplicar filme transparente, cremes ou loções à base de AGE nas áreas de risco aumentado para lesões;
- Manter a limpeza das roupas de cama, bem como mantê-las secas e bem esticadas.

Referências

1. Rabeh SAN. Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2001. 195p.
2. Rangel EML, Prado KG, Machry AL, Rustici ACF, Caliri MHL. Prática de graduandos de enfermagem referentes a prevenção e tratamento de úlcera de pressão. Rev Latinoam Enfermagem 1999;7(2):89-90.
3. Fernandes LM. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2000. 186p.
4. Bergstrom N, Allman RM, Carlson CE, Eaglstein E, Frantz RA, Garber SL. Pressure ulcers in adults: prediction and prevention. Quick Reference Guide for Clinicians No. 3. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service; 1992.
5. Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB, eds. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Paulo: Yendis; 2007.
6. Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Barros Filho TEP. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. Acta Ortop Bras 2005;13(3)124-33.
7. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 1996.
8. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu; 2003.
9. Defino HLA. Trauma raquimedular. Medicina 1999;32:388-400.
10. Corrêa KP. Verificação dos resultados da aplicação do laser de baixa potência, GaAlAs, 830 nm, em úlcera de pressão de paciente portador de seqüela de traumatismo raquimedular: Estudo de caso [TCC]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2003.
11. Andrade MN. Introdução a metodologia do trabalho científico. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.
12. Gil AC. Como elaborar projeto de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
13. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática. 3ª ed. São Paulo: Santos; 1998.
14. Tashio MTO, Murayama SPG. Assistência de enfermagem em ortopedia e traumatologia. São Paulo: Atheneu; 2001.

Enfermagem Brasil
Janeiro / Fevereiro 2009;7(1)

Revisão

Indicações e contra-indicações para o transplante hepático: saber para cuidar

Alexandra de Oliveira Matias Ferreira*

Enfermeira líder do CTI do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ e Pós-graduanda do curso de enfermagem de alta complexidade com ênfase em CTI- UNIGRANRIO

Resumo

Esta revisão bibliográfica objetivou conhecer as doenças que causam a falência do fígado e as indicações e contra-indicações para o transplante de fígado. Prestar cuidados embasados em conhecimento científico faz parte da história de enfermagem. A partir deste, as intervenções de enfermagem poderão ser prestadas à luz dos principais sinais e sintomas.

Palavras-chave: transplante hepático, hepatopatias, história, enfermagem.

Abstract

Indications and contraindications for liver transplantation: learn to care

This literature review aimed to know diseases that cause liver failure and the indications and contraindications for transplantation. Providing nursing care based on scientific knowledge is included in nursing history. Starting from this knowledge, nursing interventions can be provided at light of the main signs and symptoms of liver diseases.

Key-words: liver transplantation, liver diseases, history, nursing.

Resumen

Indicaciones y contraindicaciones para el trasplante hepático: saber para cuidar

Esta investigación bibliográfica se propone conocer las enfermedades que causan falencia hepática y las indicaciones y contraindicaciones para el trasplante. Proporcionar cuidados de enfermería basada en el conocimiento científico forma parte del histórico de enfermería. A partir de este, las intervenciones de enfermería pueden ser prestadas frente a los principales signos y síntomas de las enfermedades del hígado.

Palabras-clave: trasplante de hígado, hepatopatías, história**,** Enfermería.

Artigo recebido em 29 de setembro de 2008; aceito em 15 de janeiro de 2009.
Endereço para correspondência: Alexandra de Oliveira Matias Ferreira, Rua Julio Berkowitz, 99 Cabuis 26545-441 Nilópolis RJ, Tel: (21) 2692-3555, E-mail:kayananje@ig.com.br

Introdução

O transplante é um procedimento cirúrgico que consiste na troca de um órgão de uma pessoa doente (receptor) por outro normal de um doador. Pode-se recorrer ao doador vivo no caso de órgãos grandes ou duplos, tal como o fígado, que pode ser fracionado [1]. A característica principal do transplante, que o distingue de outras cirurgias, convertendo-o em uma terapêutica única e que alguns consideram como desvantagem, é a necessidade da utilização de órgão ou tecido proveniente de um doador vivo ou falecido [2].

Atualmente, o transplante hepático é uma modalidade terapêutica utilizada com segurança em pacientes portadores de doenças hepáticas terminais ou em paciente que desenvolvem doenças hepáticas agudas graves. Devido a isso e ao aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, à compreensão dos mecanismos imunológicos presentes no fenômeno da rejeição, ao uso da imunossupressão e ao advento dos meios de conservação de órgão em soluções modernas, propiciaram o incremento desta técnica em todo o mundo e no Brasil [3].

Como forma de exemplificar esse avanço, o transplante hepático passou de uma técnica experimental, sem perspectivas reais de eficácia na década de 60, para uma técnica de excelência largamente utilizada nos dias de hoje. Mas, para que o transplante hepático se tornasse um procedimento confiável, o médico Thomas E. Starzl teve que demonstrar e confirmar para a comunidade científica que era uma técnica segura e eficiente [3].

Em 1983, Starzl conseguiu demonstrar para autoridades americanas, após anos de estudos, que o transplante de fígado apresentava resultados positivos para pacientes com hepatopatias terminais, pois, nesta época, já haviam sido realizados cerca de 500 transplantes com relativo sucesso. Diante de sua exposição, o procedimento deixava de ser experimental para ser um procedimento terapêutico. Dez anos depois, os procedimentos realizados ultrapassavam 10.000 em todo mundo, como foi apresentado na Conferência Internacional, em Paris, no mesmo ano. Nesta conferência, constatou-se também que a confiança acerca do procedimento havia crescido: o aumento das filas de espera e a reduzida oferta de órgãos culminaram em vários óbitos na fila para tal procedimento [3].

O transplante é uma técnica eficaz nas hepatopatias crônicas e agudas graves e é considerado um dos maiores e mais complexos procedimentos da medicina. O paciente candidato ao transplante apresenta uma doença debilitante, que aumenta ainda mais o risco cirúrgico. No entanto, a mortalidade nos transplantes é muito menor do que a mortalidade entre os doentes que não se submetem ao procedimento [4].

O índice de sobrevida global para os pacientes transplantados está em torno de 80% aos três anos, após o procedimento. Sem ele, o índice de mortalidade com tratamentos conservadores ultrapassa 70% ao final de 12 anos. Portanto, o transplante é indicado para pacientes gravemente enfermos com várias co-morbidades relacionadas à perda gradual da função hepática com elevado risco de morte, sendo a única opção terapêutica capaz de prevenir a morte certa em poucos meses, oferecendo a expectativa de uma nova vida [3,5]

A importância do transplante para a vida destes pacientes ficou evidente no estudo realizado por Parolin *et al*. [4], no qual foram entrevistados pacientes que se submeteram ao transplante hepático com sobrevida maior ou igual a nove meses, com boa perfusão do enxerto e acompanhamento clínico regular. O resultado do estudo foi que 28 dos 41 pacientes entrevistados (68,3%) retornaram às atividades laborais, sendo que 11 dos 28 pacientes (39,3%) que retornaram ao trabalho após o transplante contribuíam ativamente para a renda da família; dos 13 pacientes que não retornaram ao trabalho, 5 foram por aposentaria precoce, 4 por desemprego, e 4 por incapacidade física. No entanto, quando estes pacientes foram questionados se poderiam voltar ao trabalho, (100%) responderam que poderiam retornar por apresentarem boas condições de saúde.

Neste estudo, com uma pequena amostra de uma realidade, ficou claro o impacto positivo na qualidade de vida do receptor. Além disso, por ser um procedimento que demanda considerável investimento técnico e financeiro, reintegrar o indivíduo em suas funções sociais é uma forma de retribuir à sociedade tal investimento [1].

O conhecimento técnico e a organização do serviço, decorrentes do aumento do número de transplantes, vêm facilitando a atuação do enfermeiro. A assistência ao paciente transplantado é altamente especializada, requerendo a atuação dos enfermeiros nas diversas fases do processo e exigindo pessoal capacitado [2].

O presente estudo partiu da minha inquietação a respeito das doenças que levam à falência

progressiva do fígado. Trabalhando em um Centro de Terapia Intensiva (CTI), que recebe pacientes em pós-operatório imediato de transplantes hepáticos, percebi que era necessária maior compreensão acerca das doenças de base destes pacientes, pois muitas das complicações que surgem nesta unidade têm relação direta com os efeitos deletérios crônicos de doenças tão devastadoras para o fígado. Saber das indicações e o porquê das contra-indicações para tal procedimento é uma forma de prestar cuidados de enfermagem, pautadas em conhecimento científico direcionado, e com a finalidade de promover excelência no cuidado.

Como profissional da saúde comprometida com o bem-estar da população, urge a necessidade de divulgar algumas premissas básicas sobre transplante de fígado. As notícias divulgadas na imprensa a respeito da seriedade do programa de transplante hepático no Estado do Rio de Janeiro nos tornaram vulneráveis à generalizações com outros profissionais. No entanto, não cabe aqui, o mérito de elucidar tais fatos, porém, este estudo tem como objetivos:

1) Clarificar quais são os critérios para um paciente ser incluído no programa de transplante hepático e como as doenças hepáticas deterioram a vidas desses pacientes;

2) Enfatizar a importância da doação.

Material e métodos

Este artigo é uma revisão bibliográfica, pois procura utilizar o conhecimento disponível em material publicado em diferentes registros, com a finalidade de auxiliar o pesquisador na compreensão das contribuições teóricas acerca do tema. Ou seja, favorece o entendimento do que já é conhecido sobre o tópico em questão, além de concretizar os conhecimentos a respeito da temática [6,7].

A metodologia da pesquisa constituiu da consulta à base de dados Bdenf, Lilacs, e Medline para levantamento de artigos, dissertações e teses sobre transplante hepático. Para tal, utilizou-se como palavras-chave: transplante hepático e transplante de fígado.

Foram listados cinco artigos indexados que correspondiam ao objetivo deste estudo. Além disso, foram excluídos três artigos, pois descreviam complicações cirúrgicas no transplante hepático, custos do transplante hepático em um hospital do Paraná e perfil do transplante hepático na região norte do Brasil.

Resultados e discussão

Indicação para o transplante

A indicação para o transplante é complexa e só pode ser feita por um especialista mediante avaliação criteriosa, seguindo protocolos internacionais ou através de padronizações nacionais. Basicamente, a indicação tem por objetivo prolongar a vida do paciente, proporcionando satisfatória qualidade de vida e recuperação da capacidade de trabalho.

Para a eleição do momento mais adequado para a realização do transplante, é fundamental conhecer profundamente a história natural da doença e os fatores prognósticos envolvidos em cada caso. Há fatores que sabidamente pioram o prognóstico a médio e longo prazo, além de outras opções terapêuticas, clínicas e cirúrgicas que não se mostram eficazes no controle da doença [1,6].

Na maioria dos casos, os eleitos são pacientes com função hepática comprometida com várias internações e procedimentos. Esses pacientes, de uma forma geral, apresentam um complexo conjunto de características e complicações, envolvendo desde aspectos relativos à esfera biológica até problemas psicológicos, sociais e econômicos [2].

Considera-se que os candidatos à espera do transplante hepático atendam a quatro requisitos fundamentais [3]:

a) estabelecimento de diagnóstico específico da doença;
b) demonstração inequívoca da gravidade da doença, mediante provas documentadas;
c) identificação de possível complicação que poderá prejudicar a sobrevida do paciente;
d) estimativa da sobrevida do paciente submetido ou não ao transplante.

Quadro I - Doenças específicas indicadas para o transplante hepático em adultos [3].

Doenças Hepáticas Colestásticas Crônicas
a.1. Cirrose biliar primária
a.2. Cirrose biliar secundária
a.3. Colangite esclerosante primária
Doenças Hepatocelulares Crônicas
b.1. Cirrose hepática de etiologia viral, inclusive hepatite B e C
b.2. Cirrose hepática autoimune
b.3. Cirrose hepática por tóxicos ou chagas
b.4. Cirrose alcoólica
b.4. Cirrose criptogenética

Doenças Hepáticas Metabólicas
c.1. Hemocromatose avançada, em fase cirrótica
c.2. Doença de Wilson
c.3. Deficiência de alta-1-antitripsina, em fase cirrótica
Doenças Hepáticas Vasculares
d.1. Síndrome de Budd-Chiari
d.2. Doença hepática veno-oclusiva
Tumor primário de fígado
Trauma

O Quadro I ilustra as doenças hepáticas específicas listadas em todo mundo. Porém, especificamente no Brasil, com o objetivo de padronizar a inclusão de pacientes em lista de espera, foram criados critérios gerais mínimos, hoje validados pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Sendo assim, têm prioridade no transplante de fígado os pacientes que possuam os seguintes diagnósticos de hepatopatia na seguinte ordem [8]:

Hepatopatia crônica com, pelo menos, uma das seguintes complicações:

- hemorragia digestiva de alta repetição, com dois ou mais episódios distintos;
- ascite de difícil controle clínico;
- encefalopatia hepática ou porto-sistêmica;
- peritonite bacteriana espontânea;
- portador de anastomose porto-sistêmica intra-hepática;
- síndrome hepato-renal;
- síndrome hepatopulmonar;
- queda significativa do estado geral;
- letargia.

Hepatopatia crônica classificada como child-Pugh B ou C (por pontuação, independente de complicações.

Cirrose biliar primária com pelo menos uma das seguintes condições:

- prurido;
- deterioração da qualidade de vida;
- indicação segundo o modelo matemático da clínica Mayo.

Colangite esclerosante primária, com pelo menos, uma das seguintes condições:

- colangite recorrente com mais de um episódio;
- deterioração da qualidade de vida;
- indicação segundo o modelo matemático da clínica de Mayo.

Outras doenças colestáticas, pelos mesmos critérios para cirrose biliar primária.

Carcinoma hepatocelular (CHC) com nódulo de até 5 cm ou três nódulos menores de 3 cm, limitado ao fígado.

Insuficiência hepática aguda, segundo os critérios de O'Grady ou Clichy.

A despeito destas doenças, a hepatite por vírus B e principalmente a C, quando em fase cirrótica descompensada, representam atualmente a maior parte das indicações para o transplante hepático. Estima-se que existem 100 a 200 milhões de portadores de vírus C no mundo; destes, 60% a 85% progredirão para formas crônicas e 10% a 15% para cirrose em aproximadamente 20 anos.

Em um estudo realizado no Hospital Albert Einstein sobre qual doença de base que mais culminou em transplante desde a implantação da unidade de transplante, ficou demonstrado que, dos 128 pacientes transplantados até 2002, 72 (56,2%) tiveram como doença de base a hepatite B ou C. Porém, é importante salientar que quase a totalidade desses pacientes tinha como etiologia cirrose por vírus C – 65 deles (50,8%) [8].

Os mesmos autores citam que alguns trabalhos não conseguem demonstrar a redução de sobrevida em pacientes transplantados por hepatite B (desde que recebam profilaxia específica) e C, quando comparados a pacientes transplantados de fígado por outras etiologias, justificando plenamente a indicação do transplante desses pacientes [9].

Contra-indicações para o transplante

Uma vez identificado o paciente como candidato potencial ao transplante, parâmetros clínicos e bioquímicos devem ser pesquisados, a fim de que as funções de excreção e síntese, as alterações metabólicas e os distúrbios psicossociais possam ser avaliados para justificar o momento da realização do procedimento. Por outro lado, contra indicações ao transplante hepático de ordem absoluta e relativa estão bem definidas. Neste aspecto, convém salientar que, com o aumento da experiência clínica, as contra-indicações de ordem absoluta vêm diminuindo, enquanto que as contra-indicações de ordem relativa vêm aumentando [1].

Quanto ao futuro do candidato potencial ao transplante, deve-se questionar a realização de cirurgias prévias ao transplante tais como derivações venosas no tratamento da hipertensão portal ou derivações íleo-digestivas para controlar problemas biliares, uma vez que estes procedimentos dificultam

tecnicamente a execução do transplante, pela formação de aderências e neoformações vasculares.

Para Castro e Silva *et al.*, as doenças que possuem contra-indicações são listadas na no quadro II [3].

Quadro II - Contra-indicações ao transplante hepático.

A. Contra-indicações absolutas
a.1. Metástase hepatobiliar ou em outros órgãos
a.2. Doença cardiopulmonar avançada
a.3. Infecção ativa extra-hepática
B. Contra-indicações ao transplante relativas a
b.1. Etilismo ativo
b.2. Uso abusivo de drogas
b.3. Sorologia positiva para HIV
b.4. Positividade para replicação do vírus da hepatite B
b.5. Doença renal crônica avançada

Conclusão

Diante do exposto, o transplante hepático é, para muitos pacientes, a única chance de sobrevida. As frustrações, as incertezas e o risco iminente de morte, devido às complicações relacionadas à falência do órgão, são deixados de lado, quando um novo órgão é colocado em seu corpo. Desta forma, o órgão antigo simboliza um período de vida infeliz e o órgão transplantado traz consigo um novo suspiro de vida, uma chance de viver de novo. Além disso, propicia ao paciente a chance de voltar a ter uma atividade laboral, ajudar na renda familiar, fazer planos para o futuro, enfim, viver novamente em sociedade.

A indicação para o transplante segue normas relacionadas ao diagnóstico da doença e o quanto o mesmo afeta a vida do paciente. Protocolos internacionais e nacionais universalizam as rotinas, proporcionando direitos igualitários a todos os cidadãos ao procedimento. As contra-indicações são claras e devem ser rigorosamente atendidas, pois o paciente a ser transplantado tem que possuir condições mínimas para seguir a terapêutica. Ademais, o organismo deve ser capaz de recuperar-se e manter as funções do órgão.

Conhecer as doenças que causam falência do fígado faz parte do histórico de enfermagem e, a partir deste, as intervenções de enfermagem podem ser prestadas à luz do conhecimento científico com base nos principais sinais e sintomas. Muitos destes pacientes vão ser internados em enfermarias e unidades de terapia intensiva, e alguns não terão a chance de serem transplantados. Aqueles que terão chance, às vezes, sofreram por tanto tempo com hepatopatias, que o órgão transplantado, a princípio, não será capaz de resolver disfunções tão graves.

Cabe ressaltar que a doação é um ato voluntário, gratuito e que depende basicamente de uma capacidade enorme de amar ao próximo. Qualquer ação que desvirtue da real função desse ato deve ser rigorosamente denunciado. O transplante hepático é totalmente custeado pelo SUS, sendo acessível a qualquer cidadão brasileiro, tal direito é legítimo e concebido a todos, pela promulgação da constituição brasileira de 1988.

Referências

1. Mesquita COM. Transplante hepático pediátrico: experiência do hospital das clínicas da UFMG [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
2. Parolin MB, Coelho CU, Matias JEF, Puccinelli V, Jarabiza R, Ioshii SO. Resultados do transplante hepático em portadores de hepatocarcinoma. Arq Gastroenterol 2001;38(4):216-20.
3. Castro e Silva JO, Sakarankutty AK, Oliveira GR, Pacheco E, Ramalho FS, Sasso KD. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. Acta Cir Bras 2002;17(3):83-91.
4. Freitas ACT. Transplante de fígado [online]. [citado 2008 Jun 15]. Disponível em URL: htpp://www.alexandrectf.com.br/fígado.htm
5. Massarolo MCKB, Kurcgant P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. Rev Latinoam Enferm 2000;8(4):66-72.
6. Garcia VD. A política de transplantes no Brasil. Revista da AMRIGS 2006;50 (4):313-20.
7. Baptista MN. Metodologia de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro: LTC; 2007.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Ferra-Neto BH, Filho SPM, Rezende MB, Afonso RC. Transplante de fígado. In: Knobel E. Condutas no paciente grave. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, N Engl J Med. 1997; 336(4): 309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), htpp://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power-Point, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

2. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

3. Atualização ou divulgação

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

4. Estudo de caso

São artigos de dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

5. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

PREPARAÇÃO DO TEXTO

1. Normas gerais

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times Roman (English Times) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:
- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave *(Abstract, Key-words, Resumen, Palabras-clave)*

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:
- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
artigo@atlanticaeditora.com.br

Consulte o texto completo das Normas em nosso site:
www.atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2009

Março

08 a 12 de março
MEDTROP 2009 - XLV Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
Centro de Convenções de Pernambuco
Recife, Pernambuco
Informações: www.medtrop2009.com.br

12 a 14 de março
XXXII Encontro Sul Mineiro de Cardiologia
Espaço Cultural da Urca e Palace Hotel
Sociedade Sul Mineira de Cardiologia
Informações: secretaria@phisaeventos.com.br

20 e 21 de março
XIII Simpósio Internacional de Atualização em Psiquiatria Geriátrica
São Paulo, SP
Informações: (11) 2046-0314/2280-2476
www.proter.incubadora.fapesp.br
bl@blcongressoseventos.com.br

27 de março
9ª Jornada Internacional de Gestão em Saúde e Home Care - Pronep
São Paulo, SP
Informações: (11) 5087-3455 - www.pronep.com.br

27 e 28 de março
Simpósio – Decisões e cuidados no final da vida
USP, Escola de Enfermagem
Informações: (011)3061-7531 - scex@edu.usp.br

Abril

04 de abril
Acessos Vasculares para Quimioterapia e Transplante de Medula Óssea
Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital A.C. Camargo
São Paulo, SP
Informações: (11) 2189-5078/2189-5098
E-mail: centrodeestudos@hcancer.org.br

15 a 17 de abril
2º. Encontro de Enfermagem Ginecológica do Estado do Rio de Janeiro
UERJ, Rio de Janeiro, RJ
Informações: abenfo@gmail.com

Maio

27 a 30 de maio
II Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas
2º Congreso Ibero-Latinoamericano sobre Ulceras y Heridas
1º Encontro de Países Africanos de Língua Portuguesa
Bahia Othon Palace
Salvador, BA
Informações: www.sobenfee.org.br

Agosto

19 a 22 de agosto
XI Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma e II Encontro Nacional de Enfermagem do Trauma
Campinas, SP
Informações: http://www.traumasemfronteiras.com.br/index.php

Setembro

28 de setembro a 1 de outubro
12º CBCENF – Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem
Belo Horizonte
Informações: www.portalcofen.gov.br

Outubro

7 a 9 de outubro
2º Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem
Fundação Calouste Gulbenkian
Lisboa, Portugal
Informações: 213-535-543/217-156-736
historiaenf@gmail.com

Dezembro

7 a 10 de dezembro
61º CBEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem
Fortaleza, CE
Informações: (85) 3272-4144
www.aben-ce.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 8 número 2 - Março / Abril de 2009

EDITORIAL

A enfermagem na atenção domiciliar: desafios para a construção de modelos de atenção por meio da profissão, Rita Batista Santos 60

ARTIGOS ORIGINAIS

Enfrentamento do portador do vírus HIV na condição de soropositividade, Sheilane da Silva Santos, Josete Luzia Leite, Priscila de Oliveira Barros 61

Diabetes mellitus tipo 1: registros em diários complementam o tratamento, Ledi Kauffmann Papaléo, Patrícia de Vasconcelos Medran Moreira 69

Características das vítimas de picada de animais peçonhentos notificadas em Lorena-SP/2006, Kellen Cristiane Espíndola Pires, Marina Andressa Seraphim, Fabiola Vieira Cunha..... 75

Qualidade da atenção ao pré-natal: olhares de adolescentes puérperas, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Samuel Moreira Macedo, José Rocha, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha..... 82

RELATO DE CASO

Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: informações ao cuidador informal, Flávia da Silva Gatto, Selma Petra Chaves Sá 91

REVISÃO

Indução do trabalho de parto, Aline Cristina de Poli, Mariana Torreglosa Ruiz, Zaida Aurora Geraldes Sperli Soler..... 100

ATUALIZAÇÃO

Reflexões sobre a formação do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo..... 106

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 113

CALENDÁRIO DE EVENTOS..... 115

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Aida Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF - Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)
Prof. Ms. William Malagutti (UGF – São Paulo)

Enfermagem Brasil é indexada no CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

Atlântica Editora
e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

E-mail: atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Atendimento
(11) 3361 5595 /3361 9932
E-mail: melloassinaturas@uol.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello

Editor assistente – Publicidade
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 180,00
www.eventoserevistas.com.br

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
melloassinaturas@uol.com.br

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *UTI do Hospital Unimed São Lucas, em Petrópolis.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

A enfermagem na atenção domiciliar: desafios para a construção de modelos de atenção por meio da profissão

Profa. Dra. Rita Batista Santos

A Atenção Domiciliar (AD) abrange duas diferentes modalidades de Assistência Domiciliar: Atendimento Domiciliar e Internação Domiciliar. O tipo de AD é determinado pela avaliação de critérios clínicos, administrativos e assistenciais, além das necessidades do paciente, levando em consideração o ambiente domiciliar no qual está inserido, ou seja, sua condição em relação à satisfação de suas próprias demandas de autocuidado.

A Resolução nº 11, de 26 de Janeiro de 2006, e a Portaria 2529, de 18 de outubro de 2006, recomendam que os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) desenvolvam o Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), baseado em uma sistematização que contemple: Histórico Domiciliar – avaliação de manutenção e desempenho de atividades de vida diária e sistemas de atendimento e encaminhamento para avaliação de inclusão – Plano Terapêutico Domiciliar (Prescrição), Evolução e Alta Domiciliar (Prognóstico). Todo registro no Prontuário de Atenção Domiciliar deve servir para previsão e provisão de custos e para fins ético-legais.

Os cuidados, procedimentos e técnicas desenvolvidos no domicílio são ações que buscam a promoção do autocuidado e a melhoria da qualidade de vida e saúde do paciente e sua família, grupos e comunidades a que pertencem.

Alguns fatores levam a demanda do ADT: o crescimento da população de idosos; o aumento da incidência de distúrbios crônicos; e a implantação de novas políticas na área de saúde para conter os altos custos e otimizar a utilização de recursos hospitalares no nível terciário de assistência.

O ADT deve ser realizado em rede de referência entre os diversos serviços de saúde hospitalares, as unidades de saúde comunitárias e o programa de saúde da família. Há a possibilidade de um Serviço de Apoio ou Central de Atendimento Telefônico.

A Abordagem Interdisciplinar Interparadigmática de Educação para o autocuidado parece a mais adequada aos Serviços de Atenção Domiciliar. Como atividade de ensino, pesquisa e extensão pode ser implementada mediante parceria entre as unidades de ensino e de assistência de cursos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde, a saber: enfermagem, serviço social, nutrição e psicologia, medicina, fisioterapia, dentre outras equipes de apoio.

Para a triagem sugerimos como modelo um Protocolo de Atenção Domiciliar (PAD) atendendo a Política de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (MS) que consiste em uma tabela de avaliação de desempenho e manutenção de Atividades de Vida Diária (AVD'S), uma escala com pontuação atribuída a itens para determinar o tempo de permanência, prognóstico do retorno as AVD'S, seguindo a classificação em ordem crescente de dependência para o desempenho do autocuidado. As AVD's e itens listados são: *cuidador apto ou não*, *nível de consciência*, *órteses*, *curativos ferida operatória, curativos de úlceras, suporte ventilatório*. A idéia é dar uma pontuação a

**Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro*

cada item cuja soma resulte em uma escala que nos ajude a vislumbrar quanto tempo vai durar e como planejaremos o atendimento, classificando os usuários quanto a modalidade de Assistência Domiciliar (atendimento ou internação domiciliar), bem como se o caso é de internação hospitalar e quanto tempo e com que freqüência o paciente será atendido no SAD. Além disso, é feita a coleta de dados a partir do exame físico e entrevista domiciliar que permite o agrupamento, verificação e comunicação dos dados sobre o usuário obtidos pela aplicação do PAD. Deve-se ter o propósito de estabelecer dados sobre seu nível de saúde/doença; identificar suas práticas de saúde; e determinar a história da sua doença, suas expectativas e objetivos do atendimento domiciliar terapêutico através da Folha de Admissão Domiciliar e do formulário de encaminhamento ao Serviço de Atenção Domiciliar. O plano terapêutico também parte da avaliação de desempenho para o autocuidado em relação às AVD's, sendo complementado pelas intervenções necessárias e seu aprazamento. A folha de evolução domiciliar servirá para avaliar as intervenções e o retorno da autonomia para o autocuidado relacionado as AVD's. O Plano de Alta Domiciliar prevê o tipo de alta , o nível de AVD's ainda afetadas mas passível de intervenção parcial com acompanhamento do desempenho do autocuidado domiciliar. Inclui ainda um aprazamento para acompanhamento deste.

O resultado e beneficio da AD incidem na troca de informação sobre e em saúde entre profissionais e usuários; na redução do número de reinternações e de internação prolongada (institucionalização); no suporte e treinamento da família e comunidade, levando ao melhor entendimento do processo natural dos distúrbios e agravos, e, com isso, mais conforto, segurança e satisfação do usuário culminando na criação de uma cultura de autocuidado com a saúde em uma visão de totalidade.

Enfermagem Brasil
Março / Abril 2009;8(2)

Artigo original

Enfrentamento do portador do vírus HIV na condição de soropositividade

Sheilane da Silva Santos*, Josete Luzia Leite, D.Sc.**, Priscila de Oliveira Barros***

**Enfermeira, Integrante do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem da EEAN/UFRJ GESPEn, **Enfermeira, Professora aposentada, titular, Emérita-Uni-Rio,Membro da diretoria do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem da EEAN/UFRJ GESPEn, Pesquisadora do CNPq, ***Acadêmica de Biomedicina do 6º período da Uni-Rio, Integrante do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem da EEAN/UFRJ GESPEn, Bolsista IC/CNPQ*

Resumo

Estudo descritivo de natureza qualitativa que tem por objetivos identificar as questões de influência sociocultural no contexto da descoberta de soropositividade e analisar como a equipe de saúde pode atuar no processo de enfrentamento do portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Foram selecionados para sujeitos desta pesquisa, 10 (dez) clientes portadores do HIV atendidos no ambulatório de um hospital-escola da rede federal, situado no município do Rio de Janeiro. Os selecionados foram entrevistados durante o mês de outubro de 2008. O estudo revelou as dificuldades no enfrentamento daquele que se descobre portador do HIV. O profissional de saúde deve apoiar este cliente durante todo o seu processo de enfrentamento, constituindo-se a base do cuidado humanizado àquele que se descobre portador do HIV.

Palavras-chave: sorodiagnóstico da aids, enfrentamento, cuidado, soropositivo.

Abstract

Confrontation of the HIV-seropositive patient

It is a descriptive study with qualitative approach aiming to identify questions of sociocultural influence when patients discover to be HIV-seropositive and to analyze how health team should proceed during patients'confrontation process with HIV. Ten HIV-seropositive patients who were attended at the outpatient clinic of a Federal School Hospital, in Rio de Janeiro, were selected and interviewed in October 2008. The study revealed patients difficulties in facing HIV diagnosis. The health professional should give support to this patient during the whole period of confrontation, building the basis for humanizing care to patients detected with HIV.

Key-words: aids serodiagnosis**,** confrontation, care, soropositive.

Artigo recebido em 8 de fevereiro de 2009; aceito em 20 de fevereiro de 2009.
Endereço para correspondência: Sheilane da Silva, Rua Pereira da Nóbrega, 316, Marechal Hermes, 21610-450 Rio de Janeiro RJ, E-mail: sheilane_silva@hotmail.com, Tel: (21) 9118-9706

Resumen

Enfrentamiento del portador del VIH en la condición de seropositividad

Estudio descriptivo que utilizó el método cualitativo para identificar las cuestiones de influencia sociocultural en el contexto de descubierta de la seropositividad y analizar como el equipo de enfermería puede actuar durante el proceso de enfrentamiento con el VIH. Fueron seleccionados para sujetos de esta investigación, diez pacientes seropositivos que eran atendidos en un ambulatorio de un hospital-escuela federal, ubicado en la ciudad de Rio de Janeiro. Los sujetos seleccionados fueron entrevistados durante el mes de Octubre de 2008. El estudio reveló las dificultades del paciente frente al diagnóstico definitivo de infección del VIH. El profesional de salud debe apoyar este paciente durante su proceso de enfrentamiento, constituyéndose la base del cuidado humanizado a aquél que descubre que es portador de VIH.

Palabras-clave: serodiagnóstico del sida, confrontación, cuidado, soropositivo.

Introdução

A constatação da presença do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na vida de qualquer pessoa tem uma ação devastadora. O simples fato de se saber soropositivo para o HIV já traz ao cidadão um desequilíbrio emocional, capaz de desestruturar a vida em todos os seus segmentos. É fundamental assinalar que tal situação vem acompanhada do sentimento de vergonha de estar infectado com o vírus, fato este agravante, já que o indivíduo tende a esconder de todos que o rodeiam sua condição sorológica, vindo a sofrer duplamente: pelo desequilíbrio decorrente da notícia e pela solidão que se submete para evitar se expor ao julgamento público [1]. A problemática que envolve o portador do vírus HIV já é familiar aos enfermeiros, devido a sua experiência e conhecimento no tratamento de doenças crônicas e progressivas. Mesmo assim ainda muito se tem de trabalhar no campo subjetivo do cuidado, na implementação de medidas que visem auxiliar desde o enfrentamento da descoberta até todo o ciclo de tratamento terapêutico, não deixando de levar em consideração os aspectos epidemiológicos, históricos e socioculturais que norteiam esta doença.

Além disso, o cuidado exercido pela equipe de Enfermagem não deve se limitar somente aos aspectos que envolvem diretamente o cliente portador do HIV, mas também deve abranger e se preocupar com toda a instituição familiar e as demais relações pessoais que este indivíduo mantém, pois em todo o processo de saúde-doença não é somente o indivíduo propriamente dito "doente" que adoece ou sofre, mas todas aquelas pessoas que participam de sua rede de inter-relações.

Desde que a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida pela primeira vez, há mais de 20 anos, notável progresso foi feito na melhoria da qualidade e duração de vida das pessoas com infecção por HIV. Desde que o teste sorológico para o HIV foi disponibilizado em 1984, permitindo o diagnóstico precoce da infecção, antes do início dos sintomas, a infecção por este vírus foi bem mais controlada como uma doença crônica e tratada de maneira mais apropriada em um ambiente de cuidado de pacientes externos [2].

Entretanto, com toda a evolução histórica e constatação de dados epidemiológicos sobre o HIV, é no campo da subjetividade que ainda encontramos um grande problema social em torno deste assunto. Mesmo tendendo-se hoje a uma maior aceitação social do portador do vírus HIV e assim a criação de políticas de investimento neste contexto, muito ainda se tem a fazer quando o assunto é a estigmatização da infecção por este vírus e o trabalho psicológico na aceitação dessa nova condição.

Ações de educação em saúde até o auxílio ao enfrentamento diante da confirmação de um resultado positivo devem estar fortemente aderidas à prática cotidiana dos profissionais de saúde, como algo notório e imprescindível que se soma aos esforços no curso da vida do cliente que se descobre portador deste vírus.

Neste sentido é importante salientar as questões voltadas para sociedade e para o próprio portador do vírus, que muito influenciam na interpretação social e pessoal do que é ser portador do vírus HIV e a partir de então traçar estratégias e linhas de pesquisas que tratem do que talvez seja um dos momentos mais significantes da vida de quem se descobre portador do vírus: o recebimento da notícia.

A *rotulação* social do portador do vírus HIV é talvez uma das problemáticas de maior repercussão psicológica no enfrentamento do processo de infecção por este vírus. Aliado a isso se tem "o fato de diferentemente da doença crônica que hoje a infecção pelo HIV tornou-se, no seu surgimento ela levava a óbito prematuro o indivíduo portador após

um período de sofrimento físico, mental e familiar, o que propiciou uma inegável associação da aids com as questões de morte e morrer, contribuindo, ainda mais, para o fortalecimento de preconceitos, estigmas e discriminações" [3].

A idéia de que o portador do vírus "carrega um atestado de óbito constantemente consigo" ainda muito alimenta a concepção de que alguém que se contamina pelo HIV está sentenciado à morte prematura, sendo esta atitude uma das principais barreiras à adesão aos tratamentos medicamentosos, bem como o prosseguimento das ações de saúde a partir de um enfrentamento positivo.

Outro comportamento que está diretamente ligado a questões pessoais de enfrentamento a infecção pelo HIV é o próprio julgamento e isolamento do indivíduo ao receber um resultado de soropositividade, antes que seja *apontado* pelas pessoas que fazem parte de sua cadeia de relações. Este perfil de comportamento já havia sido descrito como sendo de um indivíduo desacreditado, "aquele que ainda não é estigmatizado, mas sabe ser possuidor de um atributo que lhe pode estigmatizar, causando situações de discriminação [4]."

Estas entre outras idéias que se arrastam deste a descoberta do primeiro indivíduo portador do vírus até os dias de hoje, mesmo tendo atravessado enormes mudanças, ainda são um problema social de grande importância e influência nas ações de cuidado, de educação em saúde e enfrentamento pessoal do portador do HIV.

Aos profissionais da área de saúde, cabem as ações de educação social bem como a disponibilidade em esclarecer toda e qualquer dúvida sobre o que é ser portador desde vírus, tanto ao próprio portador como a sua família, desmistificando sempre as idéias errôneas criadas em torno desta epidemia.

Para isso o profissional deve estar preparado e treinado para toda e qualquer reação daquele que se descobre portador do HIV, atuando diretamente no seu processo de enfrentamento, informando-lhe as principais medidas iniciais necessárias a manutenção de sua qualidade de vida, encaminhando-lhe aos serviços de acompanhamento médico necessários; somado a tudo isso, a disponibilidade a sanar suas dúvidas e ouvir suas fragilidades, inegavelmente livre de juízo de valores, sabendo ser empático aos seus temores, suas concepções diante desta infecção, bem como auxiliar as suas relações familiares e sociais, sendo constantemente um dos pilares na caminhada de luta contra o HIV.

Ao realizar este trabalho, procuramos conhecer a estrutura de vida de alguns portadores do vírus HIV, bem como suas estratégias para o enfrentamento desta nova condição, para assim propor uma atenção de enfermagem mais humanizada baseada no que eles próprios relataram sobre suas experiências com a assistência de enfermagem que lhes fora prestada.

Contextualização teórica

Desde seu aparecimento, a Aids vem crescendo em termos epidemiológicos, provocando sério impacto à sociedade. O fenômeno pode ser compreendido, quando lembrando que assuntos sobre sexualidade, opção sexual, relações conjugais, condição de gênero, formas de práticas sexuais e outros valores, como fidelidade e confiança carecem de discussão mais ampla e destituída de hipocrisia [5].

A partir de 1980, a ocorrência de alguns casos de pneumocistose e Sarcoma de Kaposi intrigaram alguns médicos nos Estados Unidos. Acometendo pessoas jovens e previamente saudáveis, estes casos estavam completamente fora do padrão habitualmente esperado das duas doenças. Uma característica das pessoas acometidas, contudo, chamava a atenção dos profissionais: eram todos homossexuais masculinos. Artigos são publicados informando sobre estes agregados de casos, outros são descobertos, e a ocorrência dos mesmos atrai a atenção da imprensa, que começa a repetir a expressão *câncer gay* em seus relatos [6].

A imprensa brasileira repercute quase imediatamente o noticiário dos EUA; antes que se registrasse qualquer caso da *nova doença* em solo brasileiro, a *epidemia de significados* já se alastrava em nosso meio [6].

De 1980 a junho de 2007 foram notificados 474.273 casos de Aids no Brasil – 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte. No Brasil e nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de Aids tende à estabilização. No Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento [7].

Entretanto, com toda a evolução histórica e constatação de dados epidemiólogicos sobre o HIV, é no campo da subjetividade que ainda encontramos um grande problema social em torno deste assunto.

Conseguimos enxergar pelo transcorrer da linha histórica do surgimento do vírus HIV, que desde

então, muitos são os mitos e estigmas traçados em torno desta doença. A desinformação é o principal pilar de sustentação de muitos atos de julgamentos e rotulação social.

Mesmo com tantas mudanças, a discriminação e a construção de idéias errôneas sobre a temática que gira em torno do HIV ainda se mantêm de forma significativa, principalmente quando estas idéias ligam o HIV à promiscuidade e marginalização.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa cujos sujeitos desta pesquisa são 10 clientes em atendimento ambulatorial no Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os trechos mais relevantes das entrevistas realizadas foram utilizados na pesquisa. O recrutamento destes sujeitos deu-se a partir dos seguintes critérios: clientes de ambos os sexos, portadores do vírus HIV num período de (3) três a (5) cinco anos, em condições clínicas de se comunicar, que buscam atendimento ambulatorial no hospital e que aceitaram ser entrevistados, mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Está sendo assegurado aos participantes o sigilo quanto às informações prestadas, de acordo com a Resolução nº 196/06, do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo todas suas peculiaridades. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), protocolo n° 83/08.

Não foram inclusos, mesmo que apresentando as características acima mencionadas, os menores de 18 anos e os que se recusaram a realizar a entrevista. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, quando então foram informados sobre: participação voluntária, respeito, sigilo, confidencialidade, contribuição da pesquisa para o campo acadêmico e assistencial, ausência de ônus ou pagamentos pela participação e forma de participação.

As entrevistas se deram numa sala reservada, nos dias estipulados para realização das mesmas, que se situava dentro da Unidade de Serviço Ambulatorial Especial (SAE) do hospital em questão. As entrevistas ocorreram durante o mês de outubro de 2008.

Os dados foram coletados por uma entrevista semi-estruturada onde constava os dados pessoais do portador do vírus HIV e, por conseguinte perguntas abertas em que o cliente relatou sobre como e quando descobriu que era portador do vírus HIV, como se sente atualmente na condição de estar infectado pelo vírus HIV, o que mudou em sua rotina de vida e relações pessoais depois da descoberta e como a equipe de saúde contribui em seu tratamento. As entrevistas foram gravadas em mp3 e posteriormente foram transcritas, sendo, a partir de então, guardadas por cinco (05) anos e incineradas após esse período.

Ao final da etapa de coleta de dados foi realizado o tratamento e a organização dos dados, iniciando pela transcrição das entrevistas. O tratamento dos dados ocorreu de acordo com os procedimentos da análise temática.

Resultados e discussão

O processo de enfrentamento

Como mencionado anteriormente, os preceitos históricos e sociais da epidemia provocada pelo vírus HIV pesa muito na concepção pessoal que hoje se tem deste assunto.

Resgatar o surgimento histórico da epidemia da aids evoca a possibilidade de vislumbrar outros fenômenos que permeiam, bem como questionar e refletir acerca de algumas temáticas que atravessam como processo saúde doença, o uso de drogas, o processo de morrer e a morte, a valorização do corpo, o sexo e a sexualidade, os estigmas, entre outros. Assim, compreende-se que ao realizar uma volta "ao passado, historiando os primórdios da infecção pelo HIV, lançando um olhar crítico, subjetivo e científico ao surgimento da aids", conseguir-se-á oportunizar uma melhor compreensão das situações vividas e experiências na atualidade ao (con)viver com o HIV [8].

Nesta pesquisa, o instrumento de coleta de dados utilizado com os portadores do HIV focou pontos chaves no seu processo de enfrentamento.

Inicialmente, foi-lhes perguntado como eles se descobriram portadores do vírus e o que mudou em suas relações pessoais, incluindo familiares amigos, etc. A partir daí livremente os mesmo foram tecendo suas respostas ao longo da entrevista. Os nomes dos entrevistados foram ocultados para resguardar suas identidades, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A descobrirem-se como portadores do vírus HIV, a maioria dos entrevistados descreveu que suas reações foram de revolta e tristeza, não acreditavam ou sequer tinham iniciativa para o tratamento.

> "No começo entrei em pânico, chorava, entrei em depressão, mas depois como eu sou católica, fui à igreja, tive muita conversa (...) comecei a orar e pedi a Deus". D. (Feminino – 66 anos).

> "No início foi *a maior barra*, pior de tudo foi que agüentei tudo sozinha, se contasse *pra* alguém da minha família seria o maior escândalo (...) até mesmo se eles quisessem me ajudar poderiam me atrapalhar. D. (31 anos – casada).

No processo inicial de enfrentamento, mas propriamente dizendo, durante a descoberta, diferentes são as reações dos que se descobrem com o HIV, bem suas decisões daí por diante. As atitudes tomadas dependem da estrutura pessoal de cada um deles e principalmente da estrutura familiar e religiosa que os compõem. A família, ao mesmo tempo em que pode ser vista como uma espécie de *porto seguro* pode, segundo os entrevistados, colocar tudo a perder, mesmo que ainda queiram ajudar, ou até mesmo apontá-los de forma a confirmar que anteriormente tinham-lhes alertado que esta situação poderia acontecer. O medo de preocupá-los, nesse caso, também pode ser fator determinante a omissão deste novo fato.

> " Ninguém sabe, a pessoa que sabe é só minha senhoria e uma amiga, mais ninguém sabe, enfrentei isso sozinho porque eu sei que meu pai e minha mãe me amam, mas eu sei que eles vão me apontar; apontar feio, dizendo: eu avisei, eu avisei". B. (45 – Solteiro).

> "...sofri discriminação, perda da esposa, perda dos familiares, inclusive minha mãe contou para todo mundo do bairro (...) hoje eu estou conformando, mais não tão conformado... me sinto deprimindo, uma vazio muito grande..." A. (36 anos – Solteiro)

> "Na minha família não mudou muita coisa, pois ninguém sabe, fiquei com medo de preocupá-los, decidi enfrentar tudo sozinha**..."** D. (31anos – casada).

Na tentativa de se auto protegerem, de evitarem estigmatizações, comentários ou até juízo de valores, muitos escondem que se descobriram portadores do HIV, não só de seus familiares, mas daqueles que compõem sua rede de relações pessoais, ainda que propriamente o processo de aceitação pessoal esteja se iniciando.

> " tem lugar que a gente é discriminado (...) então é preferível esconder? E." B. (45 – Solteiro)

> "Na minha família ninguém sabe, ninguém sabe mesmo". C. (54 anos – Solteiro)

> "...se você quer ser sincero contigo mesmo, você assume que é portador da SIDA, mas tem horas que a gente tem que esconder..." B. (45 – Solteiro)

Quando esconder este novo fato de suas vidas não se torna escolha, alguns revelam aos mais próximos ou aos àqueles de quem acreditam que receberão maior apoio. Assim há os que encontram na família ou em amigos o apoio necessário, tendo maior confiabilidade nestas pessoas e conseguindo reestruturar-se à medida que o apoio lhes é cedido.

> "...nada mudou na minha casa (...), tive mais amizade dos meus filhos, mais acolhimento, (...) minha patroa me ajudou muito, me incentivou, mas não fico comentando muito, não dou muitas satisfações da minha vida." D. (66 anos - solteira)

> "...com elas não mudou nada, estão me tratando até melhor (...), são as pessoas que me dão mais apoio". B. (45 anos – Solteiro), ao falar de duas amigas para as quais ele contou que era soropositivo.

Percebe-se que a escolha inicial de contar ou não contar ou a quem contar esta nova situação de vida, vai depender diretamente da estrutura psíquica e sociocultural dos que compõem as relações pessoais dos clientes portadores do vírus HIV. Da mesma forma, observa-se que os que

obtiveram algum tipo de apoio percebem-se melhor estruturados para o enfrentamento desta condição.

O surgimento do HIV/AIDS foi "marcado por reações discriminatórias, fruto em parte da desinformação e, principalmente, do fato de ter vitimado, nos primeiros anos de epidemia, minorias tradicionalmente excluídas: homossexuais masculinos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis" [9].

A idéia discriminatória em torno da infecção pelo HIV permeia até hoje o posicionamento de muitas pessoas sobre este assunto, tornando-se um empecilho inicial muito grande ao processo de enfrentamento do portador deste vírus. Por vezes, tais concepções transformam-se em grandes bloqueios à caminhada seguinte ao tratamento, fazendo com que o indivíduo se *esconda* para proteger-se da *condenação social* ou, ainda, negue sua própria condição, o que atrapalha a implantação do tratamento o mais precoce possível.

É justificável que todas estas questões tenham um fundo baseado na trajetória histórica do aparecimento do HIV, as idéias discriminatórias ainda estão entranhadas de maneira absoluta, não somente em nossa cultura, mas em muitos lugares do mundo.

O medo do desconhecido, inicialmente, fundamentou a sustentação da imagem de que o indivíduo soropositivo seria uma espécie de ameaça aos seus próximos ou ainda que estivesse sentenciado a morte.

Para quebrar estas e outras milhares de idéias mitológicas em torno desta epidemia, é necessário uma educação social permanente, que não deixe falhas que possam ser permeadas de conceitos antecipados e idéias discriminatórias.

Papel da equipe de saúde no enfrentamento à epidemia de HIV

Nos dias de hoje, é de fundamental importância a influência que os profissionais de saúde exercem sobre a sociedade. Este papel de difusor de informações e de educador da saúde atravessa os tempos e afirma-se à medida que ocorrem as transformações sociais.

Com o aparecimento do vírus HIV não foi diferente, as informações inicialmente difundidas partiram dos estudos e trabalhos científicos em torno desta epidemia, que ao longo dos anos foi sendo desmistificada e esclarecida.

Mas ainda com todo este avanço de informações e descobertas, a sociedade ainda tem uma grande resistência a absorver os novos conceitos sobre o HIV, que não os da época em que surgiram os primeiros casos. A forma de contágio, o modo pelo qual o vírus se manifesta, o tratamento e tantos outros assuntos em questão sobre o vírus, ainda são motivos de grandes dúvidas e questionamentos, que por ora resultam em interpretações errôneas que são passadas a diante.

É por vezes que dentro da própria unidade de saúde podemos observar que ainda cabe a muitos profissionais o preconceito e a antecipação de juízos voltados ao olhar para com os portadores do HIV, causados pelo mesmo fator que faz com que parte da sociedade os exclua: a desinformação.

Os profissionais de saúde são os responsáveis por educar e estabelecerem condições para a reestruturação da saúde do enfermo. Com todas estas atribuições este profissional passa a ser o difusor do cuidado humanizado, não devendo preocupar-se somente com os seus clientes, mas com sua rede de interações que por sua enfermidade sofre algum tipo de abalo, como acontece comumente com a instituição familiar.

Ter um cliente soropositivo é estar a frente da construção e manutenção de um estado psicológico necessário ao enfrentamento desta nova condição. A família deste indivíduo pode ser moldada como peça fundamental no perpasse e continuidade das informações adequadas ao estabelecimento da qualidade de vida deste familiar portador do HIV.

É, na maioria das vezes, na organização familiar que o soropositivo encontra apoio quando o mesmo decide enfrentar sua condição. É nesse conjunto de relações que o profissional de saúde deve trabalhar e estruturar sua base do cuidado. Quando este profissional é pouco informado sobre o assunto ou é mentor de concepções discriminatórias, o trabalho exercido por ele passa a prejudicar a continuidade da prestação da assistência integral.

Este profissional deve exercer um trabalho ativo, livre de discriminações e estigmas, humanizado e individual, preocupando-se com a estrutura geral do cliente, tanto física como psíquica, administrando um cuidado integral, direcionado as dúvidas, as angústias e aos medos expressados por cada novo cliente que se descobre infectado pelo HIV.

Quando indagados sobre como a equipe de saúde contribui para os seus processos de enfrentamento, alguns dos entrevistados desta pesquisa responderam da seguinte forma:

> "...eles participaram me ajudando muito, psicologicamente em forma *de dizer* assim: vamos tomar a medicação!; explicaram sobre os efeito colaterais (...); a primeira vez em que eu tomei o remédio foi na frente da enfermeira." A. (36 anos – solteiro)

> "O pessoal aqui me deu muito apoio (...) o dia que eu comecei a tomar o remédio e comecei a ter os efeitos colaterais eu voltei aqui *a mil*, aí ela me viu e me chamou para conversar (...) me deu uma força enorme." B. (45 anos - solteiro)

> "Todos da equipe tinham muito cuidado comigo, principalmente com relação a tomar os remédios na hora certa, tudo isso ajudou na melhora...". C. (54 anos – solteiro)

> "Informaram-me sobre através de palestras (...), tiraram essa *neura* da morte da minha cabeça, sei que todo mundo um dia vai morrer, não é porque eu tenho isso que vou morrer agora" E. (31 anos – casada).

Os demais entrevistados seguiram a mesma linha de respostas ao falar da equipe de saúde como agente em seus processos de enfrentamento, o que nos reflete a importância destes profissionais na estruturação de um contexto de conformidade, ou senão aceitação da descoberta feita.

O comprometimento de todos com a prática do cuidar deve ir além das técnicas diretas e específicas relacionadas a uma determinada patologia. A responsabilidade em educar torna-se tão importante e fundamental quanto às atividades voltadas a cura de uma doença.

O cliente tem o direito de ser informado sobre todas as peculiaridades e questões que envolvem sua nova condição, bem como o encaminhamento ao tratamento precoce e a educação e esclarecimento sobre os cuidados que deverá tomar dali em diante. Proporcionar um ambiente adequado para que o mesmo exponha suas dúvidas e suas sensações, também é papel deste profissional.

Os portadores do vírus HIV merecem extrema atenção na sua composição psicológica e na sua estrutura de relações, seja na família, amigos ou outros. O profissional de saúde deve ser a base das orientações que este indivíduo deve receber para manutenção de sua qualidade de vida, bem como deve participar ativamente das estratégias de saúde que envolvam o tratamento direto deste cliente, tornando-se sempre solícito as informações, tecendo assim uma rede de confiança entre o próprio, o cliente e sua família.

Conclusão

A avaliação da prática profissional no cuidado do cliente portador do vírus HIV revela a grande necessidade de investigação e conhecimentos dos fatores que interferem neste processo de enfrentamento.

Descobrir-se como portador do HIV é estar numa condição de revisão de conceitos, onde a estrutura social e cultural que envolve este indivíduo irá influenciar muito as suas atitudes. Hoje, vivemos numa cultura cheia de mitos e considerações erradas sobre a condição de soropositividade, sendo estas idéias fatores de grande peso na vida do portador do HIV.

O profissional de saúde deve estar preparado e livre de julgamentos pessoais para ministrar um cuidado integral e humanizado a este cliente, que quase sempre possui uma estrutura psíquica em desarranjo por função da descoberta.

A família deve ser a outra extremidade do cuidado, devendo a equipe de saúde preocupar-se em instruí-la e dar apoio do mesmo modo e intensidade que deve promover tais atos ao soropositivo. A família da mesma forma que se constitui parte da estrutura positiva de enfrentamento do portador do HIV, por ora, pode também, vir a ser grande fator de discriminação e julgamentos deste cliente. Quando o soropositivo não possui o apoio da família ou quando a mesma nem sabe de sua condição, o trabalho psicológico deve ser tão ou mais cuidadoso, pois este indivíduo, freqüentemente está mais fragilizado e carente de apoio, constituindo grande dificuldade em enfrentar sua condição.

Vislumbra-se, então, a necessidade de os profissionais da área da saúde perceberem e compreenderem essas vivencias e experiências das famílias, bem como as alterações e transformações por que vem passando ao longo do processo histórico, para assim terem a possibilidade de desenvolver um cuidado que contemplem o indivíduo em seu contexto vivido, considerando suas angustias, suas esperanças, seus medos, suas potencialidades e suas limitações.

Referências

1. Pacheco MBD. Direitos humanos e AIDS: o enfoque da pessoa que vive com HIV. In: Pandoin SMM, ed. Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia. Santa Maria: UFSM; 2006. p. 15-27.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1668-69.
3. Pandoin SMM, Paula CC, Schaurich D. Aids: o que ainda há pra ser dito? Santa Maria: UFSM; 2007.
4. Goffmam E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
5. Araújo CLF, Camargo Junior KR. Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 2004.
6. Brasil. Programa Nacional de DST/AIDS. AIDS vinte anos - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
7. Brasil. Programa Nacional de DST/AIDS. Aids em números: Aids no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
8. Schaurich D. O cuidado de enfermagem possibilitando o ser mais e o estar - melhor do binômio ser - familiar e/ou cuidados e ser-criança no mundo do hospital. Santa Maria: UFSM; 2003. p. 78.
9. Medeiros RA, Queiroz, MF. O uso do direito pelo movimento social. In: Câmara C, Carneiro CMP. O outro como um semelhante: direitos humanos e aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.29-46.

Enfermagem Brasil
Março / Abril 2009;8(2)

Artigo original

Diabetes mellitus tipo 1: registros em diários complementam o tratamento

Ledi Kauffmann Papaléo, D.Sc.*, Patrícia de Vasconcelos Medran Moreira**

**Enfermeira, Diabetóloga, Docente da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo - RS, **Enfermeira, cursando Pós-Graduação em Obstetrícia pela FASER, João Pessoa - PB*

Resumo

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma das doenças crônicas mais comuns da infância. O grande desafio para os educadores em diabetes é conseguir o comprometimento dos pacientes com o tratamento. Visando ao sucesso no controle metabólico dos diabéticos, o UNIPAS (Projeto de Ação Social da Unisinos) criou o projeto "Meu Diário", que oportuniza aos pacientes a documentação de aspectos importantes de sua rotina. Esses registros auxiliam a equipe de saúde na avaliação do tratamento. Nosso objetivo é descrever o comportamento de um grupo de pacientes através da análise de seus diários e, após, compará-lo com a glicemia capilar dos mesmos, determinando as características que contribuíram para o melhor controle metabólico. Os métodos estatísticos utilizados foram análises descritivas e tabelas de freqüência. Ao concluirmos a pesquisa, observamos que a monitorização glicêmica, a alimentação correta e a realização de atividade física são importantes no tratamento dos diabéticos, pois interferem no controle metabólico dos mesmos.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 1, educação, controle metabólico, diários.

Abstract

Diabetes mellitus type 1: diaries report complement therapy

The diabetes mellitus 1 (DM1) is one of the most common chronic childhood disease. The great challenge of a diabetes education team is to obtain patients adherence to treatment. Aiming for success in metabolic control of diabetic patients, the UNIPAS (Project of Social Action of Unisinos) created the project "My Diary", that shows to patients the documentation of important aspects of their routine. These records help the health team to evaluate treatment. Our objective is to describe the behavior of a group of patients through their diaries and, after, to compare with their capillary glycemia, determining the characteristics that contributed for the best metabolic control. The statistical methods used were descriptive analyses and frequency tables. After concluding this research, we observed that the glycemic control, the correct nutrition and physical activity performance are important for treatment of diabetic patients, as they intervene in the metabolic control.

Key-words: diabetes mellitus type 1, education, metabolic control, diaries.

Artigo recebido em 20 de setembro de 2007; aceito em 18 de fevereiro de 2009.
Endereço para correspondência: Patrícia de Vasconcelos Medran Moreira, Avenida Presidente Afonso Pena, 501/104 Bessa 58035-030 João Pessoa PB, Tel: (83) 3245-2052, E-mail: patriciamedran@ig.com.br

Resumen

Diabetes mellitus tipo 1: registros en diarios complementan la terapia

La diabetes mellitus tipo 1 (DM-1) es una de las enfermedades crónicas más comunes de la infancia. El gran desafío para los educadores en diabetes es asegurar la adherencia de los pacientes al tratamiento. Con el objetivo de lograr un buen control metabólico de los diabéticos, el UNIPAS (Proyecto de Acción Social de Unisinos) creó el proyecto "Mi diario" que presenta a los pacientes la documentación de aspectos importantes de su rutina. Estos registros ayudan al equipo de la salud en la evaluación del tratamiento. Nuestro objetivo es describir el comportamiento de un grupo de pacientes a través del análisis de su diario y, después, compararlo con la glicemia capilar de los mismos, determinando las características que contribuyeron para el mejor control metabólico. Los métodos estadísticos utilizados fueron el análisis descriptivo y tabla de frecuencias. Al concluir la investigación, observamos que el control glicémico, la alimentación correcta y la realización de actividad física son importantes en el tratamiento de diabéticos, pues interfieren en el control metabólico.

Palabras-clave: diabetes melittus tipo 1, educación, control metabólico, diarios.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico crônico, caracterizado por hiperglicemia, resultante de defeito na secreção e/ou ação da insulina [1,2]. A grande maioria dos casos de diabetes se classifica em duas grandes categorias etiopatogênicas: DM tipo 1 e DM tipo 2. O DM1 caracteriza-se pela deficiência absoluta da secreção de insulina, resultante da destruição das células beta-pancreáticas por processo auto-imune e corresponde de 5 a 10% das formas de diabetes, sendo o distúrbio metabólico mais freqüente na infância, apresentando características genéticas, imunológicas e clínicas que o diferenciam do DM diagnosticado na vida adulta [1,3]. Já o DM2 se caracteriza pela resistência à ação da insulina associada a uma deficiência relativa de secreção deste hormônio [1,2,4].

No Brasil, os estudos epidemiológicos de incidência de DM1 são escassos. Estima-se que existam 5-8 milhões de brasileiros com diabetes, sendo que 10% correspondem ao tipo 1 [5]. Nos Estados Unidos da América, dos 651000 casos novos diagnosticados a cada ano, 11000 são em crianças e adolescentes, constituindo-se assim na segunda mais importante doença crônica neste país [6]. A OMS revelou que, em 2000, o DM causou 154.308 mortes e custou 6,7 bilhões de dólares em cuidados médicos e 37,7 bilhões de custos indiretos aos países da América do Sul [7].

Devido a sua complexidade, o DM1 é uma patologia que requer uma abordagem clínica complexa. Seus portadores necessitam de acompanhamento interdisciplinar, devendo ser atendidos por médicos, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais e educadores físicos [8]. O tratamento do DM envolve a administração simultânea de problemas relacionados ao tratamento fisiológico e educação do paciente. Esta é parte essencial no controle da doença e consiste em um processo contínuo de alterações de hábitos de vida que requer tempo, espaço, planejamento, material didático e profissionais capacitados [9,10]. O processo educativo envolve o comprometimento com o processo de mudança do ser humano: é o envolvimento do paciente diabético numa verdadeira parceria. Implica, na maioria das vezes, em percepção, conscientização, mudanças de atitudes, de valores, entre outros. É uma das formas de propiciar mudanças comportamentais necessárias para atingir o bom controle metabólico almejado nos programas de educação em diabetes [11]. Um importante objetivo do tratamento do DM é prover o indivíduo com ferramentas necessárias para atingir o melhor controle glicêmico possível para prevenir, restaurar ou interromper as complicações da doença, que podem ser agudas (hiperglicemia e cetoacidose diabética) e crônicas (retinopatia, nefropatia, neuropatia) [12,13].

Os objetivos da educação em saúde ao paciente diabético são: atingir o bom controle metabólico, melhorar as habilidades do diabético em relação ao autocontrole, minimizar a ocorrência das complicações agudas, reduzir as hospitalizações devido às complicações crônicas e, por fim, melhorar a qualidade de vida do paciente diabético [14]. Visando alcançar tais objetivos, o UNIPAS (Projeto de Ação Social da Unisinos) criou o programa "Meu Diário", oportunizando os pacientes a registrar aspectos importantes de sua rotina diária, como alimentação, glicemia capilar, insulina administrada (horários, tipos e dosagens), realização de atividade física,

estado de humor (que pode ser expresso através da escolha da "carinha" que mais se identifica com a sua situação psicológica naquele momento). Esses registros auxiliam a equipe interdisciplinar a avaliar o dia-a-dia dos diabéticos, se vêm ou não se mantendo compensados, se a atividade física está sendo suficiente para a manutenção da euglicemia diária, além de ajudar na identificação dos hábitos que interferem no controle da glicemia, fazendo com que os pacientes desenvolvam habilidades de autocuidado e assumam responsabilidades em seu tratamento. O *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) é um estudo que comprova a eficácia dos trabalhos multidisciplinares no tratamento do Diabetes. Seus resultados mostraram que o controle da glicemia impediu o desenvolvimento e retardou a progressão da nefropatia diabética em 50%, reduziu em 76% o risco de retinopatia diabética e o risco de neuropatia foi reduzido em 60% [15]. A implementação do "Meu Diário" pelo UNIPAS tem como principal objetivo o controle glicêmico dos pacientes, para que sejam alcançadas as metas propostas pelo DCCT. O modelo do instrumento encontra-se abaixo.

Figura 1 - Folha do diário utilizado pelos pacientes, para registrar sua rotina diária.

Objetivos

Descrever o comportamento identificado através da análise dos diários de alguns pacientes diabéticos tipo 1 atendidos no UNIPAS sobre:

- valores da glicemia capilar;
- número de verificações diárias da glicemia capilar;
- tipos de refeições realizadas no decorrer do dia;
- consumo de alimento "extra";
- realização de atividade física;
- estado de humor.

Comparar as médias da glicemia capilar com as características citadas acima;

Determinar as características relacionadas com as menores taxas de glicose.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa documental, pois parte da análise dos diários dos pacientes. A população é composta pelos registros (diários) de 9 diabéticos tipo 1, com idades entre 7 e 18 anos, que foram atendidos no UNIPAS entre março de 2000 a dezembro de 2001. Esses pacientes representam 50% dos diabéticos tipo 1 atendidos no projeto naquele período, e o critério de seleção dos diários para o estudo foi a disponibilidade de dados contidos neles – procuramos selecionar os documentos mais completos, com a maioria dos campos preenchidos.

O UNIPAS é um projeto de Ação Social da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), ambos localizados na cidade de São Leopoldo, RS. Esse programa de extensão funciona na antiga sede da universidade, proporcionando diversas atividades acadêmicas. Os estagiários voluntários e bolsistas de diversas áreas (enfermagem, nutrição, psicologia, educação física), juntamente com seus supervisores, promovem atividades para a população do Vale dos Sinos e arredores. A equipe interdisciplinar atende pacientes diabéticos tipo 1 e 2, hipertensos, obesos, portadores de dislipidemias e de distúrbios psicológicos. O atendimento é realizado individualmente (consultas de enfermagem e outras especialidades) ou em grupo (palestras, oficinas, confraternizações), a fim de promover a integração entre os pacientes e o estímulo ao tratamento. Também são realizadas atividades de educação continuada para os profissionais, como discussões de casos e palestras de atualização. O atendimento é gratuito, porém quando o paciente possui bom poder aquisitivo, são cobradas pequenas taxas, para cobrir os gastos com materiais.

A coleta de dados foi realizada extraindo-se as anotações dos diários e transcrevendo-as para planilhas do Microsoft Excel. As estatísticas foram realizadas individualmente e, após, em grupo. Essas foram feitas de forma descritiva. Também foram atribuídos códigos para cada característica acompanhada, a

fim de facilitar a documentação e a estatística das informações. Esses se encontram abaixo.

Códigos utilizados no preenchimento das planilhas

Quadro 1 - Número de verificações diárias da glicemia.

Nenhuma vez	0
Uma vez	1
Duas vezes	2
Três vezes	3
Quatro vezes	4

Quadro 2 - Refeições.

Habitual *	1
Não comeu	2
Não preencheu	3
Enfatizou doce	4
Enfatizou gordura	5
Enfatizou doce e gordura	6

*Representa refeição ou lanche que se enquadra na dieta adequada para diabéticos tipo 1, de uma maneira geral.

Quadro 3 - Alimento extra *

Sim	01
Não	02

*Alimento que não faz parte da programação alimentar do paciente, em termos de horário de consumo.

Quadro 4 - Atividade física.

Realizou atividade física	1
Não realizou atividade física	2

Quadro 5 - Estado de humor.

Bom	1
Regular	2
Mau	3
Não Preencheu	4

Resultados

Apresentamos, a seguir, os resultados de acordo com os objetivos propostos na presente investigação.

Média da glicemia capilar X número de verificações diárias

Quando comparamos os valores da glicemia capilar dos 9 pacientes com o número de verificações diárias da mesma, concluímos que eles apresentaram menores taxas glicêmicas quando realizaram apenas uma verificação diária da glicemia, conforme a tabela a seguir.

Tabela I - Estatísticas descritivas- média da glicemia X número de verificações diárias.
Variável dependente: Gli-Média

Glic-num	Média	Desv. pad.	N
1,00	132,6842	60,92978	38
2,00	161,1688	57,00292	77
3,00	200,8491	69,72593	274
4,00	188,1786	70,98328	21
TOTAL	186,4303	70,42072	410

Média da glicemia capilar X refeições

Quando comparamos os valores da glicemia capilar dos 9 pacientes com os tipos de refeições realizadas, concluímos que eles apresentaram menores taxas glicêmicas quando não preencheram o campo referente à refeição realizada, conforme a tabela a seguir.

Tabela II - Estatísticas descritivas- média da glicemia X refeições.
Variável dependente: Gli-Média

Refeição	Média	Desv. pad.	N
1,00	194,5675	57,73926	137
2,00	204,5177	59,45356	47
3,00	171,7892	80,88707	136
4,00	186,6061	71,14912	22
5,00	185,0703	73,15283	64
6,00	213,7917	98,05397	4
TOTAL	186,4303	70,42072	410

Média da glicemia capilar X alimento extra

Quando comparamos a glicemia capilar dos 9 pacientes com o consumo de alimento- extra, concluímos que eles apresentaram menores taxas glicêmicas quando não consumiram alimento-extra, conforme a tabela a seguir.

Tabela III - Estatísticas descritivas- média da glicemia X alimento-extra.
Variável dependente: Gli-Média

Extra	Média	Desv. pad.	N
1,00	200,2660	80,88956	182
2,00	175,3860	58,66755	228
TOTAL	186,4303	70,42072	410

Média da glicemia capilar X atividade física

Quando comparamos a glicemia capilar dos 09 pacientes com a atividade física, concluímos que eles apresentaram menores taxas glicêmicas quando realizaram atividade física, conforme a tabela a seguir.

Tabela IV - Estatísticas descritivas - média da glicemia X atividade física.
Variável dependente: Gli-Média

Atividade Física	Média	Desv. pad.	N
1,00	174,4195	68,33793	148
2,00	193,2150	70,80141	262
TOTAL	186,4303	70,42072	410

Média da glicemia capilar X estado de humor

Quando comparamos a glicemia capilar dos 09 pacientes com seu estado de humor, concluímos que os pacientes apresentaram menores valores glicêmicos quando não preencheram o campo referente ao seu estado de humor, conforme a tabela a seguir.

Tabela V - Estatísticas descritivas - média da glicemia X estado de humor.
Variável dependente: Gli-Média

Estado de Humor	Média	Desv. pad.	N
1,00	186,3703	73,48233	250
2,00	218,7746	67,67236	61
3,00	181,9643	75,09425	14
4,00	164,1780	50,98057	81
TOTAL	186,6595	70,35535	406

Discussão

Ao analisarmos os resultados desta pesquisa, observamos que, quando os pacientes verificaram sua glicemia com mais freqüência, mesmo apresentando médias maiores, alcançaram maior controle, pois estas foram obtidas em diversos momentos do dia, espelhando um perfil metabólico mais fidedigno. Em relação à alimentação, observamos que as menores taxas de glicose foram obtidas quando os pacientes não registraram as refeições realizadas. Todavia, devido à dificuldade da equipe em conseguir que determinados pacientes preenchessem os campos referentes às refeições realizadas, eles foram orientados a preenchê-los ao menos quando realizassem refeições diferentes das habituais. Assim, subentende-se que os pacientes obtiveram um melhor controle glicêmico quando realizaram as refeições adequadas para diabéticos. Quando eles se alimentaram nos horários corretos (não consumiram alimento-extra), apresentaram menores taxas de glicemia, o mesmo ocorrendo quando realizaram atividade física. Em relação ao estado de humor, as menores taxas de glicose foram encontradas quando os pacientes não preencheram o campo referente a ele. Não foi encontrada relação sólida entre os valores da glicemia capilar e o estado de humor dos diabéticos.

Conclusão

A utilização do diário como instrumento na educação em Diabetes é de grande valia, pois permite ao paciente uma participação ativa em seu tratamento. Um adequado programa educativo melhora a qualidade de vida do diabético, proporcionando-lhe os meios para superar as limitações que se derivam do DM e implicam sacrifícios emocionais, sociais e econômicos. Ademais, provê os meios para assegurar um melhor controle do Diabetes e, assim, evitar ou diminuir as complicações agudas e crônicas.

Através dos resultados, podemos concluir o quanto a monitorização glicêmica, a alimentação correta e a atividade física são importantes no tratamento dos diabéticos, pois interferem positivamente no controle metabólico dos mesmos. Assim, é indispensável que os profissionais da saúde invistam na educação em diabetes, envolvendo o paciente e sua família na busca de uma melhor qualidade de vida, preocupando-se não somente com o estado metabólico, mas também com o emocional, assim como o fez o UNIPAS, ao avaliar os diários de seus pacientes.

Agradecimentos

Agradecemos à direção do UNIPAS, por ter fornecido os documentos (diários) para a realização deste estudo.

Referências

1. The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the expert comittee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 1997;20:1183-97.
2. The expert comittee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Follow up report on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2003;26:3160-67.

3. WHO diamond project group. WHO multinational project for childhood diabetes. Diabetes Care 1990;13:1062-68.
4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2004;27:5-10.
5. Soltèsz G, Patterson C, Dahlquist G. Diabetes in the young: a global perspective. In: Soltèsz G, Patterson C, Dahlquist G. Diabetes Atlas. 2nd ed. Brussels: IDF; 2003; p.113-34.
6. Pond JS, Peters ML, Pannell DL, Rogers CS. Psychosocial challenges for children with insulin-dependent diabetes mellitus. Diabetes Educator 1995;21(4):297-9.
7. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin América and the Caribbean. Bull World Health Organ 2003;81:19-27.
8. Brink SJ, Miller M, Moltz KC. Education and multidisciplinary team care concepts for pediatric and adolescent diabetes mellitus. J Pediatr Endocrinol Metab 2002;15:1113-30.
9. Rosenqvist U, Theman J, Assal J. Nuevos avances en educación diabetológica: la necesidad de un nuevo rol del paciente, del enfoque clásico al holístico. Rev Soc Argent Diabetes 1995;29(4):127-37.
10. Maia FFR, Araújo LR. Projeto "Diabetes Weekend": Proposta de educação em Diabetes Mellitus Tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metab 2002;46(5):566-73.
11. Castilho LF, Fraige Filho F, Lima MSB. A importância da educação multidisciplinar na melhora da qualidade de vida do portador de diabetes-experiência da ANAD. Diabetes Clínica 2001;5:408-13.
12. ADA. American Diabetes Association. Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus (Position Statement). Diabetes Care 1995;17(5):519-22.
13. Zachrisson I, Brismar K, Wallensteen M, Dahlquest G. Determinants of growth in diabetic pubertal subjects. Diabetes Care 1997;20:1261-5.
14. Oliveira RF, Santos ACM. A Educação dos diabéticos. Diabetes Clínica 2000;4(4):307-10.
15. DCCT. Diabetes Control and Complications Trial. Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and the progression of long-term complication in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1993;329(14):977-86.

Enfermagem Brasil
Março / Abril 2009;8(2)

Artigo original

Características das vítimas de picada de animais peçonhentos notificadas em Lorena-SP/2006

Kellen Cristiane Espíndola Pires*, Marina Andressa Seraphim*, Fabiola Vieira Cunha**

**Discente das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (FATEA), **Enfermeira, Especialista em Traumatologia e Emergência, Mestranda em Enfermagem - Acidente de trânsito / Causas Externas na Universidade de Guarulhos/ Docente das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (FATEA)*

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, realizado através das fichas de notificação compulsória. O objetivo do estudo foi mostrar os tipos de acidentes ocorridos com animais peçonhentos: escorpião, aranha e serpente, notificados na cidade de Lorena-SP no período de 2006. Foram identificados 46 casos notificados, sendo 50% (23) vítimas de escorpião; 26% (12) de aranha e 22% de serpente (10) e analisadas as características relacionadas às vítimas: verificou-se que o maior índice de casos era do gênero masculino 65% (30), a prevalência dos acidentes ocorreu na zona urbana com 48% (22 casos) e o mês com maior número de casos notificados foi dezembro com 23,9% (11 casos). Conclui-se que é importante a sistematização do atendimento para evitar que pontos importantes sejam esquecidos e, além de facilitar, tornar a assistência mais ágil e efetiva.

Palavras-chave: acidentes, animais peçonhentos, picadas de animais.

Abstract

Characteristics of notified victims of venomous animals bite or stung in Lorena–SP/ 2006

It is a descriptive and quantitative study that was carried out through entrance form notice. It aimed at showing the kind of accidents occurred with venomous animals: scorpion, spider and serpent, which were notified in Lorena city - SP in 2006. Of the 46 notified cases, 50% (23 cases) were victims of scorpion sting; 26% (12 cases) of spider bite and 22% of snakebite (10 cases). It was also analyzed victims characteristics: male cases are higher than women 65% (30 cases); prevalence of accidents occurred in the urban zone with 48% (22 cases); and December was the most notified month with 23,9% (11 cases). It was concluded the importance of care systematization, in order to highlight important points that should not be forgotten and, moreover, to make the assistance easier, faster and more effective.

Key-words: accidents, venomous animals, animals bite.

Artigo recebido em 18 de dezembro de 2007; aceito em 18 de fevereiro de 2009.
Endereço para correspondência: Kellen Cristiane Espíndola Pires, Major Carlos Bittencourt, 170, São José Piquete, 12620-000 São Paulo SP, Tel (12) 91686986, E-mail: kellencpires@bol.com.br

Resumen

Características de las víctimas de mordedura y picadura de animales venenosos notificados en Lorena-SP/2006

Se trata de un estudio descriptivo y cuantitativo, realizado a través de las fichas de notificación obligatoria. El objetivo de estudio fue demostrar los tipos de accidentes con animales venenosos: escorpión, araña y serpiente, notificados en la ciudad de Lorena - SP en el año de 2006. Fueron identificados 46 casos notificados, de los cuales 50% (23 casos) víctimas de picadura de escorpión; 26% (12 casos) de picadura de araña y 22% de mordedura de serpiente (10 casos) y, además, fueron analizadas las características relacionadas con las víctimas: se verificó que el mayor índice de víctimas era del género masculino 65% (30 casos), la prevalencia de los accidentes ocurrió en zonas urbanas con 48% (22 casos) y el mes con el mayor número de casos notificados fue Diciembre con 23,9% (11 casos). Se concluye que es muy importante la sistematización de la asistencia, de manera que aspectos importantes no se olviden y, también facilitar, para que la asistencia sea más ágil y eficaz.

Palabras-clave: accidentes, animales venenosos, picaduras de animales.

Introdução

Os acidentes provocados por animais têm grande importância médica no país, principalmente pelo grande número de pessoas vitimadas e pela sua gravidade [1].

Os animais peçonhentos possuem glândulas de veneno que se comunicam com dentes ocos, ferrões ou aguilhões inoculadores do veneno, por exemplo: serpentes, aranhas, escorpiões, abelhas, arraias etc. [2]. Os venenosos possuem o veneno, todavia, não tem um aparelho inoculador (dentes, ferrões). Provocam envenenamento por contato (lagartas), por compressão (sapo) ou por ingestão (peixe-baiacu) [2].

O acidente por animal peçonhento sempre é mais grave na criança, conseqüentemente as seqüelas e a mortalidade são mais altas. Por isso, o atendimento precoce através da soroterapia é de grande importância [3].

Os acidentes causados por serpentes peçonhentas representam significativo problema de saúde pública, especialmente em países tropicais, pela freqüência com que ocorrem e pela morbimortalidade que ocasionam [4]. No Brasil, as serpentes peçonhentas pertencem a quatro gêneros: *Bothrops, Crotalus, Lachesis e Micrurus*. Estudo realizado por Ribeiro [5] identifica que os acidentes por serpentes, no Estado de São Paulo, são provocados por *Bothrops, Crotalus e Micrurus.*

Com relação aos acidentes provocados por escorpião, no Brasil, estima-se que ocorram cerca de 8.000 acidentes/ano, representando uma incidência anual aproximada de 3 casos/100.000 habitantes, estando 50% deles restritos aos estados de Minas Gerais e São Paulo [6].

Dentre os acidentes por animais peçonhentos, os causados por aracnídeos são de relevância clínica, tanto pelas freqüências, quanto pelas complicações que podem advir se não forem adequadamente tratados. Os mais sérios, relatados em humanos, ocorrem com o gênero *Phoneutria*, relativamente comuns nas regiões sudeste e sul do Brasil [7].

O objetivo desta pesquisa foi avaliar e identificar os tipos de acidentes ocorridos com animais peçonhentos: escorpião, aranha e serpente, atendidos na cidade de Lorena – SP no período de 2006; identificar as características das vítimas quanto: à idade; ao sexo; ao local do acidente (zona urbana ou zona rural); ao local de procedência da vítima; à circunstância do acidente (trabalho ou lazer); ao local da picada; ao soro utilizado; ao tempo ocorrido do acidente até o atendimento das vítimas; ao número de casos no total e, finalmente, a análise do preenchimento das fichas de notificação compulsória.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na Secretaria Municipal de Saúde, no departamento da Vigilância Epidemiológico da cidade de Lorena, no interior do estado de São Paulo, situada no Vale do Paraíba, através de pesquisa direta em fichas epidemiológicas de notificações de acidentes por animais peçonhentos na Secretaria de Saúde no Departamento da Vigilância Epidemiológica da cidade de Lorena - SP relativas ao período de 2006.

Foram avaliados os níveis estatísticos em relação ao instrumento de coleta de dados que possui a identificação quanto à idade que é relacionada a cada cinco anos; ao gênero; ao município em que reside, para determinar a origem da vítima; ao local de procedência, para determinar o município de ocorrência do acidente; ao local do acidente, para definir zona rural ou urbana; à circunstância do acidente – atividade desenvolvida pela vítima no ato da picada –; ao local da picada, para levantar o índice da região anatômica mais acometida; ao tipo de animal, para determinar a espécie do animal peçonhento; ao soro utilizado para identificar o tipo de animal que causou o acidente e ao tratamento realizado; ao tempo ocorrido do acidente até o atendimento da vítima e o mês de notificação para analisar os meses que apresentaram maior índice de casos.

Resultados

Foram avaliadas 46 fichas de notificação compulsória de acidentes de animais peçonhentos, no período de 2006, na cidade de Lorena – SP e analisados os dados dos acidentes ocorridos para os tipos de animais: escorpião, aranha e serpente.

O animal peçonhento que teve maior índice de acidentes, neste estudo, foi o escorpião com 23 casos (50%), seguido da aranha com 12 casos (26%) e 10 casos (22%) por serpentes.

O município de Lorena – SP notificou 18 casos de picadas de escorpião (39%), dos quais 10 pessoas do gênero masculino (22%) e 7 do feminino (15,2%); o local de ocorrência foi a zona urbana com 12 casos (26%) e zona rural 5 casos (10,9%); as circunstâncias do acidente ocorreram em outros 8 casos não especificados (17,4%), durante o trabalho 5 casos (10,9%) e lazer 4 casos (8,7%); a média de intervalo de tempo do acidente com escorpião até o atendimento foram 8 casos entre 0 a 1h (17,4%), 4 casos entre 1 a 3 horas (8,7%) e 4 casos ignorados (8,7%); local da picada mais acometido foi a região da mão com 6 casos (13%); as faixas etárias de acordo o número de casos por escorpião foram de 11 a 15 anos, 21 a 25 anos, 36 a 40 anos com 3 casos cada (6,5%) e o mês com maior índice foi dezembro que foram notificados 6 casos (13%), uso de soro em 16 casos (34,7%) não foram utilizados, em 2 casos (4,3%) foram utilizados outros medicamentos (*dipirona EV e fernegam IM*) e 1 caso (2,2%) utilizou 2 ampolas de soro antiescorpiônico.

As vítimas de picadas em Cachoeira Paulista – SP foram atendidas na cidade de Lorena – SP devido a ser referência e possuir o soro caso necessário, ocorreram 3 casos de escorpião (6,5%). Os casos envolvendo picadas de escorpião atingiram somente pessoas do gênero masculino com 3 casos (6,5%); o local de maior ocorrência foi à zona urbana 2 casos (4,3%), local ignorado 1 caso (2,2%) e nenhum caso na zona rural; as circunstâncias do acidente ocorreram em outros 2 casos não especificados (4,3%) e 1 caso onde o local foi ignorado (2,2%); as médias de intervalo de tempo do acidente com escorpião até o atendimento foram 1 caso de 0 a 1h, 3 a 6 h e 6h a 12 h cada (2,2%); locais da picada mais acometidos foram as regiões da cabeça, braço e dedo da mão com 1 caso cada (2,2%); as faixas etárias de acordo com o número de casos por escorpião foram 26 a 30 anos, 36 a 40 anos e mais de 61 anos com 1 caso cada (2,2%) e os meses com maiores índices foram setembro, outubro e dezembro com 1 caso cada (2,2%); uso de soro 1 caso (2,2%) não foi utilizado, em 2 (4,3%) casos foram utilizados soro antiescorpiônico, 1 caso administrou 2 ampolas de soro e outro não foi especificada a quantidade de ampolas.

As vítimas da cidade de Canas - SP foram atendidas também na cidade de Lorena e ocorreram 2 casos de escorpião (4,3%): uma do gênero masculino e uma do feminino (2,2%); o local de ocorrência foi à zona rural 1 caso (2,2%) e com 1 caso ignorado (2,2); as circunstâncias do acidente ocorreram durante o lazer 2 casos (4,3%); as médias de intervalo de tempo do acidente com escorpião até o atendimento foram 1 caso de 0 a 1h e 1h a 3h cada (2,2%); locais da picada mais acometidos foram às regiões da mão e coxa com 1 caso cada (2,2%); as faixas etárias de acordo com o número de casos foram de 0 a 5 anos e 11 a 15 anos com 1 caso cada (2,2%) e os meses com maiores índices foram outubro e novembro com 1 caso cada (2,2%), em 1 caso (2,2%) não foi utilizado soro, e 1 caso (2,2%) utilizou 4 ampolas de soro antiescorpiônico.

No município de Piquete – SP não aconteceu nenhum caso registrado de acidente com escorpião.

Na cidade de Lorena ocorreram 7 casos de acidentes com aranhas (15,2%), dos quais 4 pessoas do gênero feminino (8,7%), 2 do gênero masculino (4,3%) e 1 caso ignorado (2,2%); o local de maior ocorrência foi à zona urbana 6 casos (13%) e zona rural 1 caso (2,2%); as circunstâncias do acidente

ocorreram durante o lazer 4 casos (8,7%), trabalho 2 casos (4,3%) e 1 caso ignorado (2,2%) e as médias de intervalo de tempo do acidente com aranha até o atendimento foram de 3 casos de 0 a 1h (6,5%), 2 casos de 1h a 3h (4,3%) e 2 casos ignorados (4,3%); locais da picada mais acometidos foram a região do pescoço com 2 casos (4,3%), braço, dedo da mão, pé e dedo do pé com 1 caso cada (2,2%) e 1 local da picada foi ignorado (2,2%); faixas etárias de acordo com o número de casos de acidente por aranha foram de 26 a 30 anos e mais de 61 anos com 2 casos cada (4,3%), 46 a 50 anos e até 60 anos com 1 caso cada (2,2%) e 1 caso com a faixa etária ignorada (2,2%) e os meses com maiores índices foram dezembro notificou 3 casos (6,5%), abril, julho, agosto, outubro com 1 caso cada (2,2%); 6 casos (13%) não utilizou soro, 1 caso (2,2%) utilizou 4 ampolas de soro antiaracnídico e 1 caso realizou apenas exames laboratoriais.

As vítimas de picadas por aranhas em Cachoeira Paulista – SP foram atendidas na cidade de Lorena devido a ser referência e possuir o soro caso necessário, ocorreram 2 casos de aranha (4,3%): 1 pessoa do gênero masculino (2,2%) e 1 caso ignorado (2,2%); o local de maior ocorrência foi a zona rural 1 caso (2,2%) e 1 caso ignorado (2,2%); as circunstâncias do acidente ocorreram em 1 caso não especificado (2,2%) e 1 caso de lugar não especificado (2,2%); a média de intervalo de tempo do acidente com aranha até o atendimento foi 1 caso de 1h a 3h (2,2%) e 1 caso ignorado (2,2%); local da picada mais acometido foi a região da mão e do pé com 1 caso cada (2,2%); faixas etárias de acordo com o número de casos foram de 0 a 5 anos e 21 a 25 anos com 1 caso cada (2,2%) e os meses com maior índice foram março e maio com 1 caso cada (2,2%); 1 caso (2,2%) utilizou soro, e 1 caso (2,2%) utilizou 4 ampolas de soro antiaracnídico mais *fernegam* IM, *dipirona* IM e *dexametasona* 1,0 ml.

As vítimas de picadas de aranha da cidade de Canas – SP, 2 casos (4,3%) foram atendidas na cidade de Lorena, sendo que 1 pessoa era do gênero masculino e outra do feminino (2,2%); o local de maior ocorrência foi à zona urbana e zona rural 1 caso cada (2,2%); as circunstâncias do acidente ocorreram 1 caso durante o lazer (2,2%) e 1 caso ignorado (2,2%); a média de intervalo de tempo do acidente com aranha até o atendimento foram 2 casos de 1h a 3h (4,3%); local da picada mais acometido foi a região do pé com 2 casos (4,3%); faixas etárias de acordo com o número de casos por aranha foram de 0 a 5 anos e 11 a 15 anos com 1 caso cada (2,2%) e o mês com maior índice foi maio no qual foram notificados 2 casos (4,3%); nos 2 casos (4,3%) não foi utilizado soro.

No município de Piquete – SP ocorreu apenas 1 caso de picada de aranha do gênero feminino (2,2%); o local de ocorrência, a circunstância do acidente e o local da picada foram ignorados; a média de intervalo de tempo do acidente com aranha até o atendimento foi 1 caso ignorado (2,2%); a faixa etária foi de 26 a 30 anos e o mês que foi notificado o acidente foi maio; nenhum soro foi utilizado.

Em Lorena ocorreram 4 casos de picadas de serpentes. Os casos envolvendo picadas de serpentes atingiram 4 pessoas do gênero masculino (8,7%); o local de maior ocorrência foi a zona rural 3 casos (6,5%) e 1 caso ignorado (2,2%); as circunstâncias do acidente ocorreram durante o trabalho 2 casos (4,3%), lazer 1 caso (2,2%) e 1 caso ignorado (2,2%); as médias de intervalo de tempo do acidente com serpente foram de 2 casos de 1 a 3h (4,3%), 1 caso de 0 a 1h (2,2%) e 1 hora ignorada (2,2%); locais da picada mais acometidos foram a região do pé com 3 casos (6,5%) e 1 na região da perna (2,2%); as faixas etárias de acordo com o número de casos por serpentes foram de 41 a 45anos com 2 casos (4,3%), 46 a 50 e até 60 anos com 1 caso cada (2,2%) e os meses com maiores índices foram março, abril, outubro e um mês ignorado com 1 caso cada (2,2%); uso de soro em 4 casos (8,7%), 1 caso utilizou 5 ampolas de soro antibotrópico e 3 casos utilizaram 10 ampolas de soro antibotrópico cada.

As vítimas de picadas em Cachoeira Paulista – SP foram atendidas na cidade de Lorena – SP. Os casos envolvendo picadas de serpentes atingiram 4 pessoas do gênero masculino (8,7%); o local de maior ocorrência foi a zona rural com 3 casos (6,5%) e 1 caso na zona urbana (2,2%); as circunstâncias do acidente ocorreram durante o trabalho 3 casos (6,5%) e lazer 1 caso (2,2%); a média de intervalo de tempo do acidente com serpente foram 1 de 0 a 1h, 1 a 3h, 3 a 6h e 6 a 12h cada (2,2%) ; locais da picada mais acometidos foram a região da perna com 2 casos (4,3%), 1 caso na região do dedo do pé e 1 local da picada ignorado (2,2%); faixas etárias de acordo com o número de casos por serpentes foram de 16 a 20 anos, 21 a 25 anos, 41 a 45 anos com 1 caso cada (2,2%) e um caso ignorado a idade (2,2%) e os meses com maior índice foram junho com 2 casos (4,3%), janeiro e setembro apenas 1

caso cada (2,2%); uso de soro em 4 casos (8,7%), 2 casos utilizaram 10 ampolas de soro antibotrópico, 1 caso utilizou 5 ampolas de soro antibotrópico e 1 caso utilizou 3 ampolas de soro antibotrópico.

No município de Canas – SP não aconteceu nenhum caso registrado de acidente com serpente.

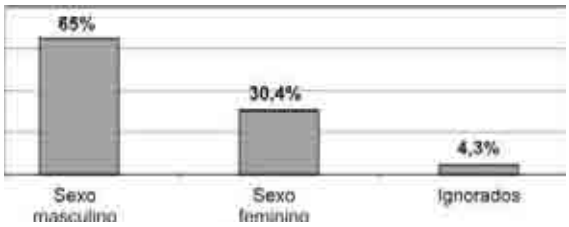
O município de Piquete – SP encaminhou as vítimas de picada de serpente também para a cidade de Lorena. Os casos envolvendo picadas de serpentes atingiram 3 pessoas do gênero masculino (6,5%); o local de maior ocorrência foi a zona rural 3 casos (6,5%); as circunstâncias do acidente ocorreram durante o trabalho 3 casos (6,5%); a média de intervalo de tempo do acidente com serpente foi de 1 a 3h 1 caso (2,2%) e 2 casos ignorados a hora (4,3%); o local da picada mais acometido foi a região do dedo da mão com 3 casos (6,5%); faixas etárias de acordo com o número de casos por serpentes foram de 36 a 40 anos com 1 caso (2,2%), até 60 anos com 1 caso (2,2%) e 1 idade ignorada (2,2%) e os meses com maiores índices foram maio, agosto e dezembro com 1 caso cada (2,2%); 3 casos não utilizaram soro antibotrópico, 1 caso utilizou 10 ampolas de soro antibotrópico, 1 caso utilizou 9 ampolas de soro antibotrópico e 1 caso utilizou 5 ampolas de soro antibotrópico.

A maioria dos casos de vítimas de notificações compulsória de acidentes com animais peçonhentos, no período de 2006, 63% (29 casos) ocorreu na própria cidade de Lorena, seguido por 19,6% (9 casos) vindos da cidade de Cachoeira Paulista - SP, os municípios de Canas - SP e Piquete - SP com 8,7% (4 casos) cada.

Em um indivíduo do gênero masculino, 42 anos, do município de Lorena-SP, acidente ocorrido na zona urbana, durante o lazer, atingindo o membro inferior na região do pé, notificado no dia 03/01/2006, o animal foi ignorado, foram utilizadas 2 ampolas de soro antiescorpiônico. Em casos de picadas por serpentes o soro utilizado é de acordo com o gênero; acidente com escorpião é utilizado o soro antiescorpiônico (SAEsc) ou antiaracnídico (SAA); e em casos de acidente com aranha é utilizado somente o soro antiaracnídico (SAA), dados segundo orientação descrita pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) da ficha de notificação compulsória de acidentes por animais peçonhentos, do Ministério da Saúde.

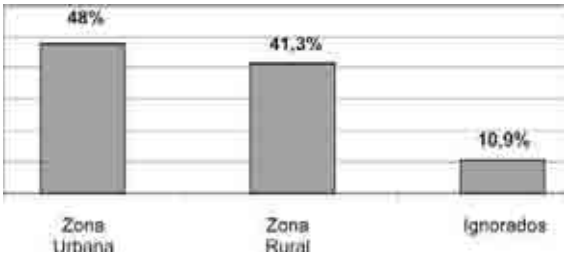
A maioria das vítimas é do gênero masculino 30 casos (65,2%), 14 casos do sexo feminino (30,4%) e 2 casos foram ignorados (4,3%). (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Porcentagem dos acidentes de animais peçonhentos, registrados pela Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Lorena – SP, no período de 2006, segundo o gênero.



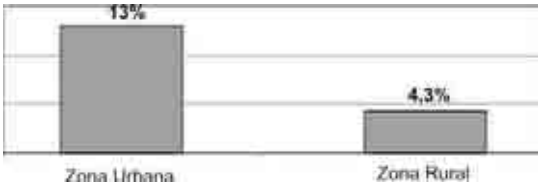
O local de maior ocorrência dos acidentes foi na zona urbana com 22 casos (48%), zona rural com 19 casos (41,3%) e 5 casos ignorados (10,9%). (Gráfico 02).

Gráfico 2 - Porcentagem dos acidentes de animais peçonhentos, registrados pela Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Lorena – SP, no período de 2006, segundo local de ocorrência.



Os casos ocorridos por picada dentro de casa 17,4% (8 casos), sendo em zona urbana 13% (6 casos) e zona rural 4,3% (2 casos). (Gráfico 3)

Gráfico 3 - Porcentagem dos acidentes de animais peçonhentos, registrados pela Secretaria municipal de Saúde, da cidade de Lorena – SP, no período de 2006, segundo acidentes ocorridos dentro da residência.



As circunstâncias do acidente durante o trabalho foram 33% (15 casos), lazer 30,4% (14 casos), outros 17,4% (8 casos) e 19,6% (9 casos) ignorados.

O intervalo de tempo do acidente até o atendimento da vítima ocorreu entre 0 a 1 h com 15 casos (33%), 1 a 3 h com 14 casos (30,4%), 3 a 6 h 2 casos (4,3%), 11 casos foram ignorados o tempo (23,9%), 6 a 12 h com 4 casos (8,7%), mais de 12 h não ocorreu em nenhum caso.

Os locais da picada prevalecem índices iguais, quando analisados o membro superior e membro inferior representam 50% (23 casos) cada, sendo a região da mão com 8 casos (17,4%) e a região do pé com 10 casos (22%) e 3 casos ignorados (6,5%).

As faixas etárias mais acometidas foram de 11 a 15 anos, 21 a 25 anos, 26 a 30 anos, 36 a 40 anos e mais de 61 anos com 5 casos cada (10,9%); de 0 a 5 anos, 41 a 45 anos e até 60 anos com 4 casos cada (8,7%); faixa etária ignorada com 3 casos (6,5%); 16 a 20 anos e 46 a 50 anos com 2 casos cada (4,3%) e de 6 a 10 anos e 31 a 35 anos apenas 1 caso de cada (2,2%).

Os meses que apresentaram maiores números de casos foram dezembro 23,9% (11 casos), seguido pelo mês de outubro 17,4% (8 casos), a seguir os meses de maio e novembro 10,9% (5 casos); janeiro, abril, junho 4,3% (2 casos); março, agosto, setembro 6,5% (3 casos); julho 2,2% (1 caso) mesmo índice de mês que foi ignorado e o mês de fevereiro não foi notificado nenhum acidente. (Gráfico 4).

Discussão

Estudos anteriores demonstram o grande índice de vítimas do gênero masculino como no estado de Goiás, onde a predominância dos acidentes por serpentes foi de vítimas do gênero masculino, totalizando 78,5% [4]. O mesmo ocorre no estado de São Paulo, o maior índice das vítimas de animais peçonhentos é do gênero masculino [8]. Em outro estudo com acidentes com ofídicos as vítimas do gênero masculino foram 77% dos casos [9].

Em relação ao tempo de atendimento, mais de 80% dos envenenamentos por acidentes com serpentes foram atendidos em menos de 6 horas após a picada [4]. Outro estudo com serpentes registrou o atendimento dentro de 3 a 6 horas após a picada, respectivamente, 73,2% e 89 % dos casos [5].

Estudo com serpentes em Goiás demonstrou que a região mais acometida foi o pé com 43,6 % dos casos [4]. Ribeiro *et al.* [5] registraram maior freqüência de picadas de serpentes na região do pé (42,2%).

Estudo realizado no estado da Bahia demonstrou que 92,3% dos casos de acidentes com escorpião ocorreram no interior dos domicílios [6]. As vítimas de escorpião foram picadas principalmente na região das mãos (41,4%) [10].

Belluomini *et al.* [9] chamam a atenção para os casos de acidentes de trabalho, sendo caracterizados 131 casos (11,5%) dos casos de araneísmo. Apontam também o maior índice de acidentes vítimas de aranhas 41,2%. No estudo de Miranda *et al.*, observou-se que a maior prevalência dos casos de acidentes com aranhas foram em março, abril e maio. A soroterapia utilizada foi indicada em dois pacientes avaliados com acidentes por aracnídeos [7].

Nota-se que a maioria dos dados analisados no município de Lorena – SP, no período de 2006, coincide com os dados notificados dos estudos analisados e descritos acima.

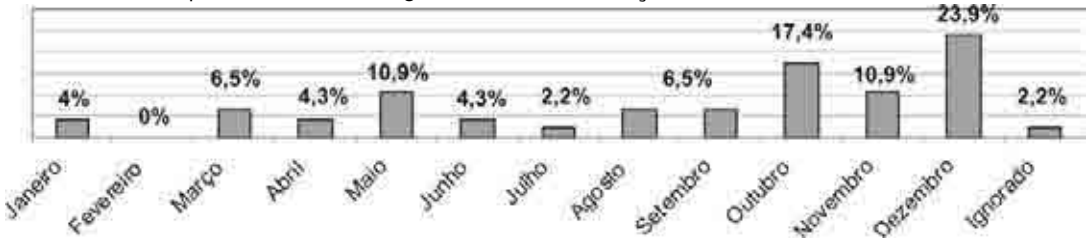
Conclusão

Percebe-se com base em alguns dados que foram ignorados nas fichas de notificação, que existe a falta de orientação, esclarecimento e treinamento por parte da equipe de saúde, quanto à necessidade e importância do preenchimento correto e completo dos dados solicitados, para que se tenha o conhecimento preciso e que sejam realizadas políticas de saúde pública para a prevenção de novos casos de picadas no município.

Sugere-se para a equipe de saúde hospitalar e o Departamento da Vigilância Epidemiológica da cidade de Lorena – SP, uma implantação de programas contínuos de esclarecimento sobre riscos e medidas de prevenção promovendo mudanças comportamentais que se refletirão na redução dos índices de acidente nas cidades analisadas.

Por meio deste estudo poderemos promover políticas de prevenção para o município, através de

Gráfico 4 - Porcentagem dos acidentes de animais peçonhentos, registrados pela Secretaria municipal de Saúde, da cidade de Lorena - SP, no período de 2006, segundo mês de notificação.



levantamento dos dados e poderá servir de base para estudos posteriores.

Referências

1. Pardal PPO, Ribeiro MB, Miranda ASP. Aspectos clínicos dos acidentes por animais.Rev Para Med 2002;16(4):26-32.
2. Secretária de Estado da Saúde do Paraná. Centro de Epidemiologia do Paraná. Centro de Informação Toxicológica de Curitiba. Prevenção de acidentes com animais peçonhentos. Cartilha. Curitiba: Secretária de Estado da Saúde do Paraná; 1997.
3. Oliveira JS, Campos JA, Costa DM. Acidentes por animais peçonhentos na infância. J Pediatr 1999;75(supl.2): S251-S258.
4. Pinho FMO, Oliveira ES, Faleiros F. Acidente ofídico no estado de Goiás. Rev Assoc Med Brás 2004;50(1): 93-96.
5. Ribeiro LA, Albuquerque MJ, Pires Campos VAF, Katz G, Takaoka NY, Lebrão ML et al. Óbitos por serpentes peçonhentos no Estado de São Paulo: avaliação de 43 casos, 1988/93. Rev Ass Med Brasil 1998;44(4):312-8.
6. Amorim AM, Carvalho FM, Lira-da-Silva RM, Brazil TK. Acidentes por escorpião em uma área do Nordeste de Amaralina, Salvador, Bahia, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop 2003;36(1):51-56.
7. Miranda RC, Gouvêa GM, Rocha PRF, Vasconcelos UMR, Caldeira CAM, Godoy MF. Avaliação clínico-epidemiológica do foneutrismo na região de São José do Rio Preto, São Paulo. HB Científica 2000;7(1):4-10.
8. Divisão de Zoonoses do Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo [online]. [citado 2006 Set 25]. Disponível em: URL: http:// www.cve.saude.sp.gov.br/
9. Belluomini HE, Wakamatsu CT, Lucas SM, Cardoso JLC. Acidentes do trabalho por animais peçonhentos. Rev Bras Saúde Ocup 1987;15(60):38-42.
10. Amorim AM. Acidentes escorpiônicos em uma área do Nordeste de Amaralina, Salvador-Bahia [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2001. 109 p.

Artigo original

Qualidade da atenção ao pré-natal: olhares de adolescentes puérperas

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, M.Sc.*, Samuel Moreira Macedo**, José Rocha, M.Sc.***, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, D.Sc.****

Enfermeiro Sanitarista, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú - UVA e Preceptor de Enfermagem da Residência em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família, Sobral, Ceará. Membro do Gepag/UNIFESP, **Enfermeiro, Graduado pela UVA, ***Enfermeiro, Gerente do SAMU da Zona Leste de São Paulo, Membro do Gepag/UNIFESP, São Paulo, * Enfermeira, Professora Adjunta e Líder Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, São Paulo, SP*

Resumo

A atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à promoção/manutenção da saúde e prevenção de doenças decorrentes e intercorrentes da gravidez. Este estudo é do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, e tem como objetivos analisar a percepção das puérperas adolescentes acerca da atenção ao pré-natal e descrever seu perfil sócio-demográfico e obstétrico. A pesquisa foi realizada no território da ESF do Bairro Sumaré, em Sobral-Ceará, com oito puérperas adolescentes. Para a coleta de dados – em janeiro de 2007 – foram utilizados, um formulário e uma entrevista semi-estruturada. Os resultados apresentam o seguinte perfil: a faixa etária das adolescentes era de 15 a 19 anos, seis tinham renda familiar de um salário mínimo, quatro com ensino médio – completo ou incompleto –, todas com parceiro fixo e gesta – um –, apenas uma teve parto cesariano e nenhuma havia abortado e, quanto ao número de consultas pré-natais, variou entre seis e doze. Quanto à percepção acerca do pré-natal, as puérperas relataram ser importante para se avaliar a saúde materna e fetal, sendo essencial para o desenvolvimento e nascimento deste. Ratificaram ainda, ter vivenciado um período de aprendizados, através da educação em saúde e dos exames realizados pelos profissionais de saúde, que tiveram unanimidade de aprovação por elas. Por meio dos resultados, percebemos a necessidade de que a comunidade reconheça os benefícios que a atenção ao pré-natal proporciona às mães e a seus filhos.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, adolescente, período pós- parto, percepção.

Abstract

Quality of prenatal care from postpartum adolescents point of view

The prenatal care in the Family Health Strategy (FHS) aims to provide health promotion/management and prevention of current and intercurrent pregnancy diseases. This exploratory and descriptive study, with qualitative approach, has as objectives to analyze the perception of postpartum adolescents concerning prenatal care and to describe their socio-demographic and obstetric profile. The research was carried out in the FHS territory of Sumaré neighborhood, in Sobral - Ceará, with eight

Artigo recebido em 17 de outubro de 2008; aceito em 03 de março de 2009.
Endereço para correspondência: Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, E-mail: rosemironeto@gmail.com, José Rocha, E-mail: prof.jose.rocha@hotmail.com, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, E-mail: icris@denf.epm.br.

postpartum adolescents. Data was collected in January 2007, using a form and a semistructured interview. The results show the following profile: adolescents age group was from 15 to 19 years, six had family income of a minimum wage, four had High School (complete or incomplete), all of them had a steady relationship and first pregnancy, just one underwent Caesarean section, none of them had an abortion, and the number of prenatal visits varied from six to twelve. Regarding prenatal perception, postpartum adolescents reported to be important the evaluation of maternal and fetal health, as it is essential for fetal development and birth. They also ratified the acquired knowledge during this period, through health education and also clinical exams carried out by health professionals, which got a unanimous approval. The results showed the community recognition need of the benefits that prenatal care provides to mothers and their children.

Key-words: prenatal care, adolescent, postpartum period, perception.

Resumen

Calidad de la atención prenatal: desde el punto de vista de adolescentes puérperas

La atención prenatal en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) busca la promoción/ mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades provenientes y interrecurrentes del embarazo. Este estudio exploratorio-descriptivo de naturaleza cualitativo tiene como objetivos analizar la percepción de las puérperas adolescentes acerca de la atención prenatal y describir su perfil socio-demográfico y obstétrico. La investigación fue realizada en el territorio de la ESF en el Barrio Sumaré, en Sobral - Ceará, con ocho puérperas adolescentes. Para la colecta de datos, en Enero de 2007, fueron utilizados un formulario y una entrevista semi-estructurada. Los resultados presentan el siguiente perfil: predominó el grupo de edad de las adolescentes entre 15 y 19 años; seis tenían renta familiar de un salario mínimo, cuatro tenían enseñanza media – completa o incompleta –, todas con compañero fijo y primer hijo, siendo que apenas una tuvo parto por cesárea y ninguna había abortado, cuanto al número de visitas de atención prenatal, este varió entre seis y doce. Con relación a la percepción acerca del prenatal, las puérperas relataron ser importante para evaluar la salud materna y fetal, siendo esencial para el desarrollo y nacimiento de este. Ratificaron todavía, haber experimentado un periodo de aprendizaje, a través de la educación en salud y de los exámenes realizados por los profesionales de salud, que tuvieron la aprobación unánime de todas. Por medio de los resultados, percibimos la necesidad de que la comunidad reconozca los beneficios que la atención prenatal proporciona a las madres y a sus hijos.

Palabras-clave: atención prenatal, adolescente, periodo de postparto, percepción.

Introdução

A adolescência é uma fase do ciclo de vida do ser humano em que ocorrem alterações de caráter psicológico e anátomo-fisiológicas. Segundo Cadete "[...] estar adolescente [...] entrar no mundo, mudar mentalidade, o corpo, viver ambigüidades, viver uma fase ruim, ter mais responsabilidade e ter abertura da perspectiva de futuro" [1:20]. A adolescência, segundo Saito, deve "ser encarada como uma etapa crucial e bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja marca registrada é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano, inserido nas mais diferentes culturas" [2:33].

A adolescência é um período da vida que compreende o ser humano dos 10 aos 19 anos, que vai muito além de uma faixa etária, inserindo, portanto, uma fase de transformações e adaptações biológicas, mentais, psicológicas e de ajustes e aceitação social e cultural.

No processo do adolescer, além dos conflitos próprios dessa fase de transformação orgânica, o ser humano se depara com o sexo e as drogas; o primeiro (o sexo) devemos considerá-lo como algo inerente e próprio do ser humano, que deve ser vivido de forma intensa e com responsabilidades, para que não se tenha aquisição de algum tipo de Doença Sexualmente Transmissível-DST, HIV/ AIDS, como também uma gravidez; e o segundo, a prática do uso e abuso de drogas, como algo que impede o desenvolvimento do adolescente, destruindo, inclusive os projetos de vida e as relações familiares em alguns casos.

No que concerne ao início da atividade sexual, é crescente o número de adolescentes que estão engravidando. Hoje em dia, a incidência de adolescentes grávidas está cada vez mais freqüente em países em desenvolvimento, principalmente, no Brasil, que a cada ano, segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de 20% dos partos são de adolescentes, sendo que nessa década o número já representa três vezes

mais adolescentes com menos de 15 anos grávidas que na década de 1970 [3].

Para tanto, os serviços de saúde devem estar equipados e qualificados para acolher tais gestantes adolescentes durante a atenção ao pré-natal. Pois, um pré-natal de qualidade proporciona efeitos satisfatórios a gestante e ao bebê, dentre muitos fatores, temos uma menor taxa de mortalidade materna e perinatal, baixo peso ao nascer e intercorrências durante a gravidez, parto, pós-parto imediato de restante do puerpério.

Com o advento do Programa Saúde da Família em 1994, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 e a Política Nacional de Humanização da Atenção Pré-natal e ao Parto em 2002, a atenção ao pré-natal vem sendo desenvolvida como uma das ações prioritárias pelas políticas públicas de saúde, proporcionando um maior impacto no cuidado e promoção da saúde da mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal, assegurando que, ao fim da gestação, o parto ocorra com o nascimento de uma criança saudável, e garantindo o bem-estar materno e, ainda, prevenção, controle ou correção de anormalidades decorrentes e interferentes na gravidez, além da prevenção de possíveis intercorrências durante o puerpério, seja imediato ou tardio.

Nesse contexto a Equipe de Saúde da Família, desde o Agente Comunitário de Saúde-ACS – na comunidade, com a identificação precoce da gestante e o encaminhamento da mesma ao pré-natal – até os profissionais de saúde pré-natalistas, como o enfermeiro e o médico devem estar qualificados e sensibilizados a uma atenção de qualidade, responsável, holística e humanizadora, principalmente, no que concerne a gestante adolescente.

No caso da gravidez na adolescência, tem sido comum os profissionais de saúde, em sua prática clínica, associarem, geralmente, a mesma à possibilidade de aumento das intercorrências clínicas e morte materna, assim como os índices elevados de prematuridade, mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer, entre outras conseqüências, sendo consideradas, então, como gestantes de alto risco. Sendo importante, porém, a captação precoce dessa gestante adolescente, pois, somente a inscrição de uma gestante no Sistema de Informação do Pré-Natal – o SIS-Pré-Natal – não quer dizer que a mesma compreenda a dinâmica e a importância da atenção ao pré-natal e a qualidade do mesmo.

Tal situação motivou alguns questionamentos durante vivências nos territórios da Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE em que se pode perceber uma fragilidade das gestantes adolescentes, quanto ao conhecimento em relação ao pré-parto, parto e puerpério. Sendo eles: Qual a percepção que as adolescentes puérperas possuem em relação à atenção ao pré-natal recebida? Que contribuições, na perspectiva das adolescentes, o pré-natal proporciona a elas e seus filhos?

Assim, o presente estudo objetiva analisar a percepção das adolescentes puérperas acerca da atenção ao pré-natal e descrever o perfil sócio-demográfico e obstétrico destas.

Material e métodos

A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva constituída por um estudo de caso desencadeado a partir da ansiedade de se saber qual a percepção das puérperas adolescentes acerca da atenção ao pré-natal, em um determinado território da Estratégia Saúde da Família (ESF). A abordagem utilizada foi qualitativa, pois suas características definidoras apresentam traços deste tipo de pesquisa.

A pesquisa foi realizada com oito adolescentes puérperas assistidas pela ESF do Bairro Sumaré, Sobral-CE. O Ministério da Saúde conceitua como puerpério o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. O puerpério pode ser didaticamente dividido em: puerpério imediato, que vai do primeiro dia, logo após a dequitação completa da placenta, ao 10º dia; puerpério tardio, do 11º ao 42º dia; e puerpério remoto, a partir do 43º dia [4].

Para a identificação dos sujeitos do estudo em suas residências, foi de relevante importância a contribuição das ACS. Os dados foram coletados através de um formulário e de uma entrevista semi-estruturada. O formulário foi utilizado para coletar os dados do perfil sócio-demográfico e obstétrico das adolescentes puérperas, que são: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, antecedentes obstétricos, mês de gestação na inserção ao pré-natal e o número de consultas realizadas.

Na entrevista semi-estruturada, para coletar os dados acerca da percepção das puérperas em relação à atenção ao pré-natal, foi utilizado um gravador de

som, visando um melhor proveito das respostas e economia de tempo.

Os dados estão analisados a partir de categorias, que Gomes sugere sua utilização para o estabelecimento de classificações. A autora completa afirmando, que trabalhar com categorias significa "agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa". Ela encerra referindo que "as categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados". As categorias "estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas" [5:70]. Para não expor as puérperas e preservar a integridade das mesmas, foi dado um nome fictício, de graduandas do Curso de Enfermagem da UVA 2006 [2].

Para a realização do estudo foi solicitada, inicialmente, a permissão da Secretaria da Saúde e Ação Social do Município de Sobral-CE, por meio da Comissão Científica, quando foi encaminhado o Protocolo de Pesquisa, sendo o mesmo analisado e aprovado. Durante todas as fases da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa, conforme o emanado pela Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde-CNS [6].

Resultados e discussão

Perfil das puérperas

Gilcélia, 17 anos; com parceiro fixo; escolaridade: cursa o primeiro ano do ensino médio; renda familiar mensal de um salário mínimo*; Gesta 1, Para 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, segundo mês, totalizando seis consultas.

Rafaella, 18 anos; com parceiro fixo; cursa o primeiro ano ensino médio; renda familiar mensal de dois salários mínimos*; Gesta 1, Para 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no segundo trimestre de gravidez, quinto mês, totalizando nove consultas.

Aurealice, 18 anos; com parceiro fixo; escolaridade: cursa a sétima série do ensino fundamental; renda familiar de aproximadamente três salários mínimos*; Gesta 1, Para 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no primeiro trimestre, segundo mês, totalizando 12 consultas.

Bruna, 15 anos; com parceiro fixo; escolaridade: cursa a sexta série do ensino fundamental; renda familiar de um salário mínimo*; Gesta 1, Para 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no primeiro trimestre, terceiro mês, totalizando nove consultas.

Antonielle, 19 anos; com parceiro fixo; escolaridade: primeiro ano do ensino médio, completo; renda familiar de um salário mínimo*; Gesta 1, Para 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no primeiro trimestre, terceiro mês, totalizando sete consultas.

Germana, 19 anos; com parceiro fixo; escolaridade: cursa a sexta série do ensino fundamental; renda familiar de um salário mínimo*; Gesta 1, Para 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no primeiro trimestre, terceiro mês, totalizando nove consultas.

Gabriela, 17 anos; com parceiro fixo, mora com a mãe; escolaridade: ensino médio completo; renda familiar de um salário mínimo*; Gesta 1, Para 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no primeiro trimestre, primeiro mês, totalizando 10 consultas.

Allany, 15 anos; com parceiro fixo; escolaridade primeiro ano do ensino médio, completo; renda familiar de um salário mínimo*; Gesta 1, Cesáreo 1, Aborto 0; iniciou pré-natal no primeiro trimestre, segundo mês, totalizando doze consultas.

*O valor do salário mínimo em janeiro de 2007 era de R$ 350,00 equivalendo a US$ 162,80- US$ 1,00 = R$ 2,15.

As puérperas do estudo estão na faixa etária entre 15 e 19 anos. Este período é o de maior progressão nos estudos, de se pensar em ingressar na universidade, qual profissão exercerá, há, então, um hiato social na vida do adolescente, seja ele na maternidade ou paternidade. No caso da adolescente, uma gravidez nessa fase da vida levará a uma possível interrupção dos planos, projetos, enfim os sonhos da construção de uma vida profissional.

Atualmente, estima-se que mulheres com idade entre 10 e 19 anos respondam por cerca de 23 a 30% do total das gestações [7].

A renda familiar varia de um a três salários mínimos por família, sendo que, a renda familiar de seis puérperas é referente a um salário mínimo. Dividida a renda pelo número de pessoas do domicílio, perfaz uma renda média de R$ 84,00 para cada pessoa sobreviver mensalmente.

Segundo o IBGE, em 2001, no Brasil, 35%, das 27,3 milhões de famílias que ainda tinham um membro com até 14 anos de idade, - 9,5 milhões

de famílias - viviam com um rendimento mensal familiar per capita de 1/2 salário mínimo. A região Nordeste se destacava com 57% de famílias nesse patamar. A renda familiar contribui significativamente para uma melhor ou pior qualidade de saúde, pois o poder aquisitivo implica potencialmente na alimentação, habitação, higiene, transporte e outros fatores socioeconômicos de influência potencial em saúde [8].

No quartil de menor renda, 35% das mulheres latino-americanas têm seu primeiro filho antes dos 20 anos de idade; enquanto no quartil superior estes casos não chegam a 10%. As diferenças são ainda mais fortes quando se analisa o nível educacional das mulheres. Quase metade das puérperas não completa o ensino fundamental, pois foram mães adolescentes, contra apenas 7% das que completam o ensino médio [8]. Por isso, a relação entre a maternidade na adolescência e a pobreza traz à tona graves problemas, como taxas de mortalidade infantil elevada, desnutrição materno-infantil e outras carências comuns à infância brasileira.

No Brasil, é no estrato social mais pobre que se encontra o maior índice de fecundidade na população adolescente. Conforme dados do Ministério da Saúde (2000), no estrato de renda familiar menor de um salário mínimo, observou-se que 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos tinham filhos, e no estrato mais elevado, somente 2,3% eram mães. Quanto à escolaridade, apenas uma das puérperas havia terminado o ensino médio; quatro cursavam o primeiro ano do ensino médio e três, cursavam o ensino fundamental, quando interromperam os estudos por causa da gravidez [4,9,10].

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo demográfico de 2000, as mulheres com maior escolaridade - oito anos ou mais - tinham, em média, 1,7 filhos, e com menos de quatro anos de estudo tinham 3,7 filhos. Essa influência da escolaridade na fecundidade é observada em todas as regiões [8].

O Relatório da Situação Mundial da Infância de 2004 diz que educar uma menina significa educar uma família e, conseqüentemente, uma comunidade, uma sociedade e um país. Entretanto, a maioria dessas meninas não recebeu a educação de qualidade a que tem direito e, quando adultas, não estarão aptas a participarem do desenvolvimento sócio-econômico e político comunitário, estando mais expostas à pobreza juntamente com seus filhos [11].

Um dos grandes desafios para os aparelhos sociais dos territórios da ESF é fazer com que as adolescentes que evadiram das salas de aula por conta da gravidez, regressem a estas. Nesse caso há, então, um dever social da comunidade e dos profissionais de educação, de saúde, de outras áreas de proteção social, além do principal ente, que é a família, e, por conseguinte, os pares destas adolescentes, que atuarão na motivação das mesmas.

Quanto aos fatores de risco gestacional, o Ministério da Saúde aponta as características individuais e as condições sócio-demográficas desfavoráveis da mulher, dentre elas: idade menor que 17 anos, estresse, situação conjugal insegura, baixa escolaridade e condições ambientais desfavoráveis, todas potencialmente presentes na gravidez na adolescência [9].

Quanto ao estado civil, todas as adolescentes do estudo apresentavam parceiro fixo. Sendo que, em sua maioria – sete – ainda moravam com os pais ou avós, dependendo do salário destes para sobrevivência e manutenção de seus cuidados durante a gestação.

Conforme o IBGE, entre 1991 e 2001, houve redução de 4,5% no número anual de casamentos realizados no registro civil no Brasil. A taxa de nupcialidade legal - obtida pela divisão do número de casamentos pelo de habitantes com mais de 15 anos de idade, multiplicado por mil - no país, que em 1990 era de 7,5 casamentos por mil habitantes com mais de 15 anos, baixou para 5,7 por mil em 2001 [8].

A questão de a mulher ter ou não um companheiro influencia no seu modo de planejar seus objetivos e sentido de vida, e na sua motivação para buscar recursos de subsistência [12]. Influencia, ainda, na manutenção de seu autocuidado e de seu filho, além de reduzir a insegurança e os problemas psicoespirituais.

Com referência aos antecedentes obstétricos, todas as puérperas, vivenciaram a primeira gravidez; apenas uma, teve parto cesáreo e nenhuma teve aborto. Com relação ao início em que se teve a inserção no pré-natal, a grande maioria iniciou no primeiro trimestre de gravidez. O número de consultas pré-natais variou de seis a doze.

Para um adequado acompanhamento ao pré-natal, o Ministério da Saúde preconiza um mínimo de seis consultas, para uma gestação a termo. O intervalo das consultas deve ser de quatro semanas até a 36ª semana, quando a gestante deve ser acompanhada a

cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardiofetais [8].

Uma puérpera relatou ter iniciado o pré-natal, no segundo trimestre, quinto mês de gestação. Costa afirma que a grávida adolescente inicia mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e termina por fazer um menor número de consultas, quando comparada às mulheres com vinte anos ou mais [13]. Esse fato é coerente com o momento de vida peculiar da adolescente, que geralmente não reconhece a importância de planejar o futuro. No entanto, contrariando a referida autora, a mencionada puérpera foi a 12 consultas de pré-natal, pois há, em Sobral, um plano assistencial às mulheres grávidas que se inserem, tardiamente, a esta atenção à vida reprodutiva da mulher, que termina por fazer um maior número de consultas, visando uma menor probabilidade de problemas gestacionais.

Para uma inserção precoce das adolescentes ao pré-natal, é necessário que elas tenham uma boa impressão sobre essa assistência, seus benefícios e responsabilidades, além de compreender o objetivo do pré-natal, entendendo sua importância para sua saúde e de seu filho. Outro fator preponderante é a organização e sensibilidade da equipe da ESF para identificar e captar essa gestante adolescente o mais breve possível.

Apresentando as categorias abstraídas

Entendimento de pré-natal

> "Nele a gente sabe como é que a criança tá. Nas consulta a gente escuta o coração, eles medem a barriga da gente, faz ultra-som pra gente ver o sexo da criança, como é que a criança tá, a gente até vê. Dá pra gente saber aproximadamente qual é o dia e o mês que vai nascer a criança, eles falam o que a gente pode tomar, os cuidados que a gente deve ter - não tomar susto, se alimentar bem, tomar muito suco." (Gilcélia)

> "Ele é bom pra mim e pra neném." (Antonielle)

> "Ele serve pra ajudar a mulher a cuidar dela. Vê se a mulher tá boa, se tá se alimentando bem, se tá tomando os remédios do jeito que ela passou." (Germana)

> "É bom pra ela [filha] no caso de ela ficar doente." (Bruna)

> "É necessário pra saber como é que tá a saúde da mãe e da criança, se tá evoluindo bem, e tem outras coisas importantes também." (Gabriela)

> "Nas consultas a gente sabe muita coisa. Eles ensinam muita coisa quando a gente tá grávida. O que a gente pode fazer e o que não pode. E evita doenças, porque a gente sabe logo se o neném tem alguma coisa." (Aurealice)

> "Ele serve pra alertar a gente, porque se a gente não fizer, a gente não vai saber de nada, né? Ele é muito importante pra gente porque a gente aprende muita coisa." (Allany)

Os relatos mostram que as puérperas compreendem o pré-natal que vivenciaram como um ente para promoção e manutenção da saúde, juntas à prevenção de doenças decorrentes e intercorrentes da gravidez. Além desses aspectos da atenção ao pré-natal, as puérperas relataram a importância do exame de ultra-sonografia gestacional e da identificação da data provável do parto.

O Ministério da Saúde preconiza que para uma assistência ao pré-natal de qualidade, a equipe de saúde da família deve oferecer uma educação permanente à população da área, em especial às mulheres, fazendo a detecção precoce das gestantes do território da ESF em que atua e o pronto início do acompanhamento ao pré-natal - que deve ser periódico e contínuo - de todas as mulheres grávidas. Ele deve ser iniciado ainda no primeiro trimestre de gravidez, não podendo a equipe esquecer que a assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados, e que, essa humanização, está intimamente relacionada com o comportamento de respeito que os profissionais estabelecem com a população. Devem então, os profissionais de saúde, buscar o principal objetivo do pré-natal, que é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças anatômicas e psíquicas, que cada gestante vivencia de forma diferente, podendo ocasionar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo no interior de seu corpo [9].

Benefícios oportunizados pelo pré-natal

> "A criança se desenvolve mais saudável. Se a criança desenvolve alguma doença, a gente sabe." (Gilcélia)
>
> "Foi muito importante porque eu não entendia nada de pré-natal." (Rafaella)
>
> "Hoje o meu filho tá com saúde, não tem nada, nenhuma doença; se eu não tivesse feito, hoje ele poderia ter alguma doença." (Aurealice)
>
> "Ela veio com saúde. O pré-natal me ajudou muito até os nove meses." (Bruna)
>
> "Eu não sabia de nada, pois era o meu primeiro filho. Cuidar bem cuidado, eu acho que ainda não sei, por causa que a gente vai aprendendo com o tempo, né!." (Germana)
>
> "Eu nunca tinha feito exames demais, aí, eu ficava sabendo se tava tudo bem comigo e com a criança também. e tava tudo bem, que era uma coisa que eu não sabia. Talvez se eu não tivesse ido às consultas, hoje ela não era saudável, e ela é muito saudável, graças a Deus." (Gabriela)

As falas das adolescentes quanto aos benefícios que a atenção ao pré-natal proporcionou a elas e a seus filhos foram relacionadas à promoção/manutenção da saúde e prevenção de doenças, pelo acompanhamento do desenvolvimento de sua gestação durante os nove meses. Foram realizados exames de rotina e complementares e oferecidos diversos ensinamentos da educação em saúde, proporcionando um maior conhecimento acerca dos cuidados com sua saúde e a do bebê, oportunizando um maior controle sanitário na tentativa da melhoria da qualidade de vida. Entretanto, observou-se ainda a desinformação existente na comunidade sobre os objetivos do pré-natal, exigindo uma maior movimentação dos governos, nacional, estadual e municipal, e da própria sociedade, para uma melhor divulgação, sobre os benefícios que a atenção ao pré-natal proporciona à mãe, ao filho, à família e à própria comunidade, por todos os meios de comunicação, principalmente pelos mais acessados por adolescentes.

O meu pré-natal ...

> "Foi muito bom. É muito bom o pré-natal [...]. Eu gostei muito de todo mundo lá, dos profissionais que me atenderam." (Gilcélia)
>
> "Eu comecei já no quinto mês porque eu pensava que não tinha muita importância. Não sabia dos exames, aqueles cuidados todos com a gestante. Eu fui e achei importante. Aí eu pensei: eu vou freqüentar mais. Aí passei mais a ir. Eu gostei dos cuidados. Eu fiz os exames. Aí eu passei a entender mais, né?. O único exame que eu não fiz foi o da prevenção; mas os outros eu fiz tudinho. Tomei os remédios direitinho. Eu não faltei nenhum dia. Eles só erraram o negócio do dia pra mim ter e eu tive antes. Eu gostei muito do pré-natal. Era pra eu ter ido a muito mais tempo, mas eu achava que não era tão importante." (Rafaella)
>
> "Foi bom, porque lá [na Estratégia Saúde da Família] eu escutei palestra, tem as consultas pra atender direito a gente. Eu gostei muito de fazer o pré-natal, todas as consultas eu ia. Eu aproveitei bem. Gostei muito dos profissionais de lá." (Aurealice)
>
> "Eu achei importante. Eu gostei do pessoal do posto, eles ensinam as coisas. Mas era pra eu ter ido a mais consultas, aí eu tinha aprendido mais e tava com menos dificuldade agora." (Germana)
>
> "Foi legal. Eu gostei do pré-natal, do pessoal, que atendia a gente bem, deixava a gente bem à vontade Tinha as reuniões, eu ia e ficava sabendo como era que cuidava mais de criança, que eu não tinha experiência. Eu fiz muitos exames. Fiz de sangue, de urina, ultra-sonografia e, graças a Deus, não teve nenhum problema, deu tudo bem. Eu acho que eu aproveitei bem. È tanto que elas diziam que eu não dava trabalho nenhum na gravidez. Aí, sempre que eu ia elas diziam que tava tudo bem." (Gabriela)
>
> "Eu achei bom. Eu aprendi muita coisa [...]. Elas [as enfermeiras] explicavam como era que a pessoa ia ter, que posição era; como é

> que era pra dar de mamar; tinha as reuniões todo mês com a gente, eles diziam que mudanças estavam acontecendo no corpo da gente, sobre o desenvolvimento do feto, tem também os exames, que eu fiz, explicaram como é que a pessoa passa de adolescente pra ser uma mãe." (Allany)

Analisando os relatos das vivências de pré-natal das adolescentes, foi pontual a satisfação que elas tiveram da atenção que lhes foi prestada. O acolhimento e as consultas, com seus diversos exames e a educação em saúde, foram novamente mencionadas de forma satisfatória pelas usuárias dessa assistência. Entretanto, observou-se uma falha quanto à busca ativa das gestantes adolescentes para as consultas de pré-natal, pois, uma, somente iniciou a realização das consultas no quinto mês de gravidez, mostrando-nos então, a necessidade de uma maior cobrança dos enfermeiros aos ACS, para que estes eduquem/incentivem mais as gestantes, para que iniciem seu acompanhamento ao pré-natal ainda no primeiro trimestre de gravidez. Permanecendo o desinteresse da mulher grávida, é indicado que o próprio enfermeiro faça visitas domiciliares às gestantes, realizando, se necessário, a consulta de pré-natal em suas residências.

Quanto à atuação dos profissionais da ESF, os resultados apontam a certeza de que a equipe está fazendo um ótimo trabalho junto à população. Para Mendes, a equipe da ESF e a população adscrita devem ter um sentimento de co-responsabilidade, em que a população reconhece os serviços de saúde e os utilizam em seu benefício, e a equipe de saúde reconhece sua população, criando-se uma parceria em busca da melhoria da saúde [14].

O trabalho educativo dos profissionais de saúde foi muito mencionado pelas adolescentes puérperas, mostrando-nos sua relevante importância para o conhecimento sobre a manutenção da saúde e prevenção e tratamento de doenças das mães em estudo e de seus filhos.

O Ministério da Saúde orienta que, a equipe deve estar preparada para o trabalho educativo. Entre as diferentes formas de realização desse trabalho, destacam-se: as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Os principais temas abordados nessas reuniões são: a importância do pré-natal, sexualidade, modificações corporais e emocionais, aleitamento materno, sinais e sintomas do parto, importância das consultas de puerpério e os cuidados com o recém-nascido [9].

Conclusão

Esta pesquisa revelou que as adolescentes puérperas estudadas encontravam-se na faixa etária entre 15 e 19 anos e tinham parceiro fixo, entretanto, seis ainda moravam com seus pais, sogros e avós, ainda sendo dependentes sócio-economicamente destes. A renda familiar foi de um salário mínimo para seis das entrevistadas. Quanto à escolaridade, metade das adolescentes, ou seja, quatro, tinham o ensino médio – completo ou incompleto – e interromperam os estudos por causa da gravidez, deixando-nos, então, uma incógnita quanto aos seus respectivos retornos às salas de aula.

O perfil sócio-demográfico das puérperas adolescentes em questão nos impõe a questionar sobre que tipo e qualidade de cuidado, seus filhos irão receber, tendo-se que estes resultados influem negativamente na saúde infantil.

Dados importantes foram detectados no perfil obstétrico, quando todas as adolescentes entrevistadas relataram ter vivenciado a primeira gestação, sendo que, apenas uma teve parto cesariano e nenhuma havia então abortado, contrariando dados estatísticos nacionais, que apresentam percentual elevado de adolescentes grávidas, entre 15 e 19 anos, que já tinham pelo menos um filho, além do número assustador de abortos na mesma faixa etária que, na maioria das vezes, são praticados clandestinamente.

Quanto aos resultados das entrevistas sobre a percepção que as puérperas tinham acerca do pré-natal que vivenciaram, houve resultados, tanto empolgantes, quanto alarmantes. Pois, o trabalho dos profissionais da ESF, foi aprovadamente relatado por todas as mulheres em estudo, assim como a importância das consultas para a promoção/manutenção da saúde das mães e, principalmente, dos filhos esperados. Contanto, houve um caso em que a assistência ao pré-natal somente teve início no quinto mês de gestação, por falta de informações quanto às suas importâncias, materna, fetal, familiar e social.

O estudo mostrou-nos ser inquestionável a continuidade da atenção especial dada à adolescência, pois esta fase é a de maior confusão psíquica quanto aos projetos de vida. A falta destes projetos e a baixa freqüência escolar são causas e riscos

potenciais que levam a adolescente a um estágio de vulnerabilidade, ficando estas, mais propensas à gravidez, que quanto mais precoce ocorrer, mais prejuízo ela trará, tanto para a adolescente quanto para seu bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos.

Percebemos que há a necessidade de uma maior informação comunitária sobre os benefícios que a atenção ao pré-natal proporciona às mães e aos futuros filhos, para que todas as mulheres conheçam o verdadeiro propósito do pré-natal, pois, acredita-se que, assim, as gestantes passarão a priorizá-la, já que ficou repetidamente relatado na pesquisa a grande aceitação dessa assistência pelas adolescentes em estudo, por julgarem ser benéfica para a sua saúde e, principalmente, a de seus filhos.

A família, principalmente na figura dos pais, poderia discutir e orientar seus filhos com relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão freqüentes nessa etapa da vida, entretanto a maioria dos pais tem dificuldade de discutir esses temas em casa com seus filhos adolescentes.

Esta realidade, de origem multicausal, revela deficiências na implementação de políticas públicas, exigindo um movimento do governo e da sociedade para promover a saúde e o desenvolvimento da juventude e permitir que as mulheres adolescentes retomem seu papel econômico, político e social na comunidade e ainda, para que estas, tão jovens e cheias de sonhos, voltem ao colégio e não percam as esperanças de uma vida com mais dignidade.

Referências

1. Cadete MMM. Da adolescência ao processo de adolescer [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994
2. Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 33-38.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde – relatório de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, ed. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 67-80.
6. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas. Informe epidemiológico do SUS 1996;5(2, supl. 3):1-14.
7. Ministério da Saúde. A adolescente grávida e os serviços de saúde do município. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo Demográfico 2000: população residente, por sexo e situação do domicílio, população residente de 10 anos ou mais de idade, total, alfabetizada e taxa de alfabetização, segundo os municípios. [citado em 2007 Jan 1]. Disponível em: URL: http://www.ibge.gov.br/.
9. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a.
10. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2000b.
11. Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF. Situação mundial da infância. New York: Unicef; 2004.
12. Solymos GB. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para a intervenção de desnutrição infantil. Psychiatry [online] 1997 [citado 2007 Jan 13];2(36). Disponível em: URL: http://www.psi.org.br.
13. Costa MCO. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. J Pediatr 1998;74:87-90.
14. Mendes EV, ed. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4a ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.

Enfermagem Brasil
Março / Abril 2009;8(2)

Relato de caso

Úlcera por pressão em idosos hospitalizados: informações ao cuidador informal

Flávia da Silva Gatto*, Selma Petra Chaves Sá, D.Sc.**

**Residente de Enfermagem no Hospital Geral de Bonsucesso, Área de Concentração: Enfermagem Clínica e Cirúrgica Geral pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, **Professora Titular do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, UFF*

Resumo

Os idosos, quando restritos ao leito, apresentam risco elevado de desenvolvimento das úlceras por pressão. Os objetivos do estudo foram identificar se os idosos acamados, com a presença de cuidadores informais, desenvolvem ou não as úlceras por pressão e levantar informações dadas aos cuidadores dos idosos hospitalizados sobre prevenção de úlceras por pressão. Estudo de natureza qualitativa exploratória, através de estudo de caso. Foi realizado com dez cuidadores informais primários, de idosos hospitalizados restritos ao leito, em um Hospital Universitário. Dos dez idosos, seis desenvolveram úlceras por pressão. A partir das falas dos sujeitos, emergiram duas categorias: "cuidadores primários de idosos informados sobre úlceras por pressão e as respectivas informações" e "orientações variadas aos cuidadores sobre ações no espaço físico hospitalar e com seu idoso". É de grande importância as orientações fornecidas pelo enfermeiro, visando à prevenção das úlceras por pressão através de medidas simples que o cuidador pode realizar.

Palavras-chave: úlcera de pressão, idoso, cuidadores, acompanhamento de pacientes.

Abstract

Pressure ulcers in the elderly: information to the caretakers

Elderly people, when restricted to their hospital beds, show a higher risk of developing pressure ulcer. The study aimed at: a) identifying whether bedridden elderly, being taken care informally, will develop pressure ulcer and, b) collecting data with hospital caretakers regarding the prevention of pressure ulcers. This was a qualitative exploratory study, done through case study. It was performed with ten informal primary caretakers responsible for hospitalized abed elderly, at a University Hospital. From the ten elderly in the study, six developed pressure ulcers. From what was heard from patients, two categories emerged: "elderly primary caretakers informed about pressure ulcers" and "various orientations to caretakers about procedures at hospitals and their elderly patients". The information given by nurses is extremely important, aiming at preventing pressure ulcers through simple measures which can be taken by caretakers.

Key-words: pressure ulcer, elderly, caretakers, patient follow-up.

Artigo recebido em 18 de agosto de 2008; aceito em 12 de março de 2009.
Endereço para correspondência: Rua Tiúba, 705 Vicente de Carvalho 21371-170 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 9488-9196, E-mail: fgatto@click21.com.br

Resumen

Úlcera por presión en ancianos hospitalizados: informaciones al cuidador informal

Los ancianos, cuando se encuentran obligados a estar en cama, presentan riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión. Los objetivos de este estudio fueron identificar si los ancianos en cama, ante la presencia de cuidadores informales, desarrollan o no las úlceras por presión y recopilar las informaciones que se les dan a los cuidadores de los ancianos hospitalizados acerca de la prevención de úlceras de presión. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa exploratoria, a través de un estudio de caso. Se realizó con diez cuidadores informales primarios de ancianos hospitalizados, obligados a estar en cama, en un Hospital Universitario. De los diez ancianos, seis desarrollaron úlceras de presión. A partir de los discursos de los sujetos del estudio, surgieron dos categorías: "cuidadores primarios de ancianos informados sobre úlceras de presión y sus respectivas informaciones" y "orientaciones variadas que se les dan a los cuidadores sobre acciones en el espacio físico hospitalario y con relación al anciano bajo sus cuidados". Las orientaciones proporcionadas por el enfermero son de suma importancia, puesto que lo que se pretende es la prevención de las úlceras de presión por medio de medidas sencillas que el cuidador puede realizar.

Palabras-clave: úlcera por presión, anciano, cuidadores, acompañantes de pacientes.

Introdução

Sabemos que a população idosa vem crescendo a cada dia, e com o envelhecimento cresce também o número de doenças crônico-degenerativas, o que nos leva a pensar em um grande número de internações de idosos. E entre estes idosos internados o surgimento das úlceras por pressão é um fator de risco. Aproximadamente 2% dos pacientes hospitalizados adquirem úlceras por pressão durante a internação [1].

No cotidiano nos deparamos com um grande número de idosos internados e a relação estreita com o desenvolvimento das úlceras por pressão. Estes idosos muitas vezes estão acompanhados por cuidadores (formais ou informais). O estudo teve como objeto a ação do cuidador informal, ou seja, aquele que usualmente é um membro da família, amigos ou voluntários da comunidade.

Pensamos que se o cuidador for informado acerca dos cuidados que ele pode desenvolver, essas ações podem refletir na melhora da qualidade de vida, diminuição do tempo de internação e prevenção de úlceras por pressão no idoso hospitalizado, além de contribuir com o cuidado da equipe de enfermagem.

Assim, este artigo teve como objetivos identificar se os idosos acamados, com a presença de cuidadores informais, desenvolvem ou não as úlceras por pressão e, levantar quais informações são dadas aos cuidadores dos idosos hospitalizados sobre prevenção de úlceras por pressão.

Pele e envelhecimento

A pele é o mais extenso órgão do corpo humano. É uma forma de barreira entre os órgãos internos e o ambiente externo, impede a perda de líquidos, penetração de substâncias, microorganismos e de radiações ultravioletas do sol. Com o envelhecimento, estas funções decaem, tornando a pele mais suscetível às agressões do meio ambiente, podendo ocorrer inúmeras alterações quanto à textura, à elasticidade, à espessura, à resistência ao atrito, à pigmentação, à secreção sebácea, ao conteúdo hídrico, entre outras [2].

Com o envelhecimento, há diminuição dos vasos sanguíneos, em número e tamanho, acarretando em uma diminuição da função imunológica, o que facilita as infecções e retardam a cicatrização das feridas; a diminuição dos receptores cutâneos leva os idosos a apresentar menor percepção da temperatura ambiente e de suas variações e diminuição da sensibilidade tátil; ocorre diminuição da atividade das glândulas sudoríparas e sebáceas, proporcionando no idoso, pele seca, áspera e descamativa, e mais sensível às variações de temperatura do meio ambiente [3] e às agressões externas como, por exemplo, a pressão.

As camadas epiderme e derme tornam-se finas e achatadas levando à formação de rugas, arqueamentos e sobreposição das dobras cutâneas. Este adelgaçamento das camadas contribui para um aumento na vulnerabilidade ao trauma da pele senil, onde até os menores traumas podem provocar equimoses com manchas vermelhas ou púrpuras salientes

ou até mesmo a separação entre as duas camadas. O tecido subcutâneo, com o passar do tempo, perde substâncias como a gordura subcutânea, diminuindo a proteção e o acolchoamento dos tecidos e órgãos subjacentes, além do tônus muscular e das propriedades de isolamento térmico [3].

Úlceras por pressão

As úlceras por pressão são definidas como "áreas localizadas de injúria tecidual que se desenvolvem quando o tecido mole permanece comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, durante um período de tempo prolongado" [4].

Aparecem em poucos dias e progridem rapidamente. "A chance de um paciente desenvolver uma úlcera tende a aumentar à medida que aumenta o tempo de institucionalização" [1].

A interação entre intensidade e duração da pressão a qual o tecido é submetido parece ser determinante no desenvolvimento das úlceras por pressão [5]. Porém, pacientes que permanecem por um curto período de tempo expostos à uma alta pressão também podem sofrer danos parecidos àqueles que permanecem sobre pressão por longos períodos [6].

E os idosos, quando restritos ao leito, apresentam risco elevado de desenvolvimento das úlceras de pressão devido a fatores extrínsecos como, por exemplo, fricção, cisalhamento, umidade e, a fatores intrínsecos como as alterações na pele comuns no envelhecimento, doenças crônico-degenerativas, ingesta nutricional inadequada, entre outros.

Cuidadores informais de idosos

Existem dois tipos de cuidador, o cuidador formal, ou seja, exercido por um profissional que convive com o idoso parte do dia e é remunerado, e o cuidador informal, aquele não-profissional, geralmente um familiar que convive com o idoso, na maioria das vezes, em horário integral ou parte do dia [7,8].

O cuidado informal pode ser prestado pela família, amigos, vizinhos e membros da comunidade, porém é a família que predomina neste sistema [9]. Assim, quando um idoso é internado ou precisa de cuidados em casa, a família ou um de seus membros é eleito para cuidar deste idoso.

Os cuidadores informais podem ser classificados como primários, secundários e terciários. Os cuidadores primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado; os cuidadores secundários não apresentam o mesmo nível de responsabilidade e decisão, mas realizam algumas tarefas básicas como, por exemplo, ajuda doméstica e transferência e os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, são aqueles que, por exemplo, fazem compras e pagam as contas [8].

Os estudos revelam que embora a designação do cuidador seja informal, o processo de cuidar segue quatro fatores: parentesco - com freqüência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de um filho; gênero - com predominância para a mulher; proximidade física - considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados e proximidade afetiva - destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos [10]. E em relação à faixa etária dos cuidadores, freqüentemente, pertencem à mesma geração dos doentes. "São 'idosos jovens independentes' cuidando de 'idosos dependentes'" [9]. Existe uma norma social implícita segundo a qual cabe aos filhos e aos cônjuges cuidar dos idosos, o que explica a idade dos cuidadores [8].

Assim, é importante para o idoso hospitalizado, o envolvimento tanto afetivo quanto de prestação de cuidados dos seus cuidadores.

Material e métodos

A proposta metodológica do estudo é de natureza qualitativa exploratória, através de estudo de caso. A pesquisa foi realizada em três unidades de internação, sendo duas clínicas médicas e uma clínica cirúrgica de um hospital universitário. As pesquisadoras levantaram todos os idosos internados no período de um mês, no ano de 2006, e que estivessem acompanhados por cuidador informal pelo menos por um período de quatro horas diariamente.

A partir da seleção de 10 sujeitos, realizou-se um levantamento nos prontuários dos seguintes dados: nome; idade; nº do prontuário; tempo de hospitalização e diagnóstico.

Após essa etapa, procedeu-se a inspeção na pele do idoso com o intuito de identificar a presença ou não de úlcera por pressão e classificá-la quanto ao seu estágio de desenvolvimento, quando presente. E quando necessário, os dados coletados foram confirmados com o enfermeiro da clínica.

Para os cuidadores dos idosos realizou-se uma entrevista semi-estruturada que foi gravada

e constou de dados para identificação e questões como: grau de parentesco e/ou ligação afetiva com o idoso hospitalizado, tempo de atuação como cuidador informal, tempo de permanência no hospital com o idoso, informações sobre úlceras por pressão, informações sobre suas ações com o idoso durante a hospitalização e quais profissionais têm mais contato ou retiram dúvidas acerca das ações que desenvolve.

Os sujeitos foram identificados por letras do alfabeto. Todos os cuidados éticos foram tomados, inclusive com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido por parte dos cuidadores.

Resultados e discussão

Os dados coletados sobre o idoso e os de identificação dos seus cuidadores contribuíram para a análise dos dados. Após leitura e releitura das entrevistas, foi possível separar os temas emergentes e, a partir disso, elaborou-se duas categorias: "Cuidadores primários de idosos informados sobre úlceras por pressão e as respectivas informações" e "Orientações variadas aos cuidadores sobre ações no espaço físico hospitalar e com o idoso".

Informações coletadas sobre o idoso

Dos 10 (dez) idosos internados, 8 (oito) são do sexo feminino e 2 (dois) do sexo masculino. As mulheres estão incluídas na faixa etária de 60 a 100 anos, com predomínio de 70 e 80 anos. E os homens estão incluídos somente entre 70 e 80 anos. Dados demográficos apontam que as mulheres vivem de seis a sete anos mais que os homens [11]. As mulheres estão vivendo mais, entretanto não se pode afirmar que isto ocorra com qualidade, as chances de surgimento das doenças crônicas, possivelmente, podem aumentar. O grande desafio, nos dias atuais, é fazer com que essa longevidade seja acompanhada de qualidade de vida, pois a prevalência de doenças crônicas tem aumentado significativamente, principalmente nas mulheres idosas [12].

Seis (6) idosos desenvolveram úlcera por pressão entre os quais, 3 (três) desenvolveram durante a hospitalização e 3 (três) no domicílio. Esse achado nos mostra que os idosos apresentam risco elevado para o desenvolvimento das úlceras por pressão [1].

A partir do conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão, das medidas de prevenção e da alta prevalência de úlceras nos idosos acamados, tornam-se de suma importância as orientações que o cuidador de idosos deve receber durante a hospitalização de seu idoso. Essas orientações também são importantes serem reforçadas no momento da alta hospitalar, evitando as úlceras no domicílio e conseqüentemente a re-hospitalização.

Ao comparar o tempo de hospitalização com o desenvolvimento ou não da úlcera por pressão pode-se observar que dos 3 (três) idosos com menor tempo de internação (até uma semana), 2 (dois) desenvolveram úlcera por pressão durante a atual hospitalização e o idoso que mais tempo se encontrava hospitalizado (mais de quatro semanas) também desenvolveu a lesão. A relação entre intensidade e duração da pressão pode ser diretamente ou inversamente proporcional. Uma alta pressão com longa duração ou uma alta pressão com curta duração são determinantes para o desenvolvimento das úlceras por pressão, mas apesar da pressão ser o fator etiológico primário [4], existem outros fatores que predispõem o desenvolvimento das úlceras por pressão, entre eles os fatores intrínsecos relacionados às variáveis do estado físico do paciente [13], pois o corpo pode enfrentar uma pressão externa maior quando está saudável do que quando está doente [14].

Em relação às regiões em que os idosos internados desenvolveram as úlceras por pressão, a região sacra foi o local de maior prevalência totalizando 4 (quatro) úlceras, sendo uma em estágio I, duas em estágio II e uma em estágio IV. Não foi encontrada úlcera em estágio III. As outras regiões foram calcâneo, trocânter e maléolo. As áreas de proeminência óssea estão mais propensas ao desenvolvimento das úlceras por pressão devido ao peso do paciente estar totalmente concentrado nessas partes durante o repouso prolongado em superfície inadequada [6], como as macas e colchões hospitalares padrões.

Os idosos, no momento da internação, apresentavam um grande número de doenças crônico-degenerativas como câncer, hipertensão, demência, dentre outras. A elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas, associada à decorrência de pluripatologia, pode ser considerada responsável pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda de autonomia dos idosos [15], além de ser um fator de risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão [16].

Caracterização dos cuidadores

Dos 10 (dez) cuidadores, 9 (nove) são do sexo feminino e 1 (um) do sexo masculino. A tarefa de cuidar dos idosos é realizada pela família e quando esses idosos se tornam doentes ou dependentes, os maiores encargos cabem às mulheres [11].

Historicamente, a mulher tem papel de subordinação, destinada a procriar, amamentar e cuidar do marido. Para cuidadoras esposas, o ato de cuidar está embutido no seu papel de mulher casada, a partir do compromisso assumido e selado desde o momento do matrimônio [11]. Logo, a responsabilidade de cuidar de um membro da família dependente é visto como mais uma tarefa natural associada à sua função biológica [10]. Na perspectiva do gênero, do ponto de vista cultural, há uma definição de campos específicos para a atuação feminina e outro com privilégios para a atuação masculina. Além disso, no ocidente ainda vincula a mulher à natureza e o homem à cultura [17].

Em relação às faixas etárias, 2 (dois) cuidadores encontram-se na faixa de 20 a 30 anos e 8 (oito) cuidadores na faixa de 40 a 50 anos. O cuidador familiar, geralmente, é uma mulher de meia idade, seja esposa, filha ou nora [12]. Pode-se observar que, essencialmente, os cuidadores de idosos também são adultos maduros ou estão em uma faixa etária próxima dos 60 anos de idade, o que mostra que pessoas entrando na terceira idade estão cuidando de idosos. São velhos-jovens independentes cuidando de velhos-velhos dependentes [10]. E também são candidatos a doenças crônico-degenerativas devido à sua faixa etária.

A maioria dos cuidadores apresenta parentesco próximo ao idoso, sendo 4 (quatro) filhas e 1 (um) filho; 2 (duas) cuidadoras são netas; 1 (uma) cuidadora é afilhada e 2 (duas) cuidadoras são noras. Pode-se observar, então, que quando um idoso necessita de cuidados, geralmente, um dos membros da família assume esse cuidado. O cuidado ao idoso dependente ainda é de responsabilidade da família e geralmente os filhos adultos assumem este papel, ou por vínculo afetivo, ou por responsabilidade culturalmente incorporada da obrigação dos filhos em cuidar de seus pais, ou por não terem outra opção de cuidado, até mesmo por não disporem de condições para delegar esse cuidado a alguém [12].

A maioria dos cuidadores não apresenta experiência de cuidado prévio, com outros idosos. A experiência desses cuidadores se resume em cuidar do próprio idoso hospitalizado, uma vez que apresentam parentesco próximo ao idoso, ou seja, são familiares. Apenas 1 (um) cuidador apresentou experiência anterior em cuidar de outro idoso que não aquele hospitalizado. Dados indicam que já ter sido cuidador aumenta muito as chances de vir a sê-lo novamente, quando necessário [8].

Em relação ao tempo de atuação como cuidador do idoso, 1 (um) cuidador atua junto ao idoso no período de 4 (quatro) meses, ou seja, passou a prestar o cuidado antes da internação do idoso, devido à doença; 4 (quatro) cuidadores passaram a prestar cuidado ao idoso no período de sua internação, ou seja, menos de 4 (meses) e 5 (cinco) cuidadores já cuidavam de seus idosos, antes da internação. O tempo que cada cuidador dispensa ao idoso teve uma relação com a coabitação entre eles, visto que a maioria mora no mesmo domicílio. Desemprego, divórcio, viuvez, filhos que não saem nunca de casa: essas são as razões que explicam por que, no Brasil, as gerações mais velhas coabitam cada vez mais com as gerações mais jovens [18].

Um (1) cuidador permanece em média 3 dias na semana no hospital; 2 (dois) cuidadores ficam todos os dias, ou seja, em tempo integral; a grande maioria, 6 (seis) cuidadores, permanece metade do dia e 1 (um) não tem dia fixo de permanência. O cuidado constante dispende do cuidador praticamente todo o seu tempo, as suas forças, o seu lazer e até suas emoções [19]. E isso pode gerar conflitos e sobrecarga nos cuidadores. Para um filho que cuida de seus pais os conflitos podem ser maiores, pois os projetos de vida são diferentes e terão que ser redefinidos ou até mesmo abandonados em função do cuidado familiar.

Quanto à escolaridade, três (3) cuidadores cursaram o nível superior, 5 (cinco) o nível médio e 2 (dois) o nível fundamental. O nível de escolaridade desses cuidadores aponta para uma possível facilidade de compreensão a respeito da doença que o idoso apresenta e sobre os cuidados que podem ser desenvolvidos pelos próprios cuidadores no ambiente hospitalar junto ao idoso dependente, cuidados estes, orientados pela equipe de enfermagem.

Cuidadores primários de idosos informados sobre úlceras por pressão e as respectivas informações

Ao serem questionados sobre a definição de úlcera por pressão e a mobilização como elemento primordial para a prevenção das mesmas, observa-se

que dos 10 (dez) sujeitos, 2 (dois) indicam, pelas suas falas, ter noção do que seja uma úlcera por pressão quando citaram alguns fatores de risco para o desenvolvimento das mesmas, tais como: imobilidade, pressão x tempo, fragilidade da pele idosa, fricção/cisalhamento e desidratação. Tal afirmação pode ser comprovada pelas seguintes falas:

> "O contato direto com a cama a pele fica fina, desidratando [...]." (A)

> "É uma lesão causada por muito tempo que a pessoa permanece deitada naquela posição, a pressão do próprio corpo por muitas horas, eu classifico assim." (C)

O reconhecimento dos fatores de risco que um paciente acamado pode estar sujeito é de suma importância, pois ajudará no desenvolvimento efetivo de estratégias de prevenção, permitindo que a equipe de enfermagem junto ao cuidador desenvolva medidas preventivas para que as úlceras por pressão não se desenvolvam nos idosos restritos ao leito [4].

O conhecimento prévio das úlceras por pressão pode estar relacionado ao nível de escolaridade dos cuidadores e não exclusivamente pelas informações fornecidas pela equipe de saúde. Tal afirmação se efetiva devido às seguintes falas:

> "Leio, tento me informar." (A)

> "Leitura, também informação verbal." (C)

Na caracterização dos sujeitos, observou-se a escolaridade dos cuidadores, sendo que a metade dos entrevistados possui nível médio e alguns cuidadores nível superior, e isto é um fator que contribui para que as informações se disseminem com maior freqüência, apesar de não terem experiência anterior com o cuidado ao idoso. Assim, se explica o fato de citarem alguns fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras por pressão e demonstrarem que sabem, sem grande aprofundamento, que úlcera significa uma lesão e/ou ferida na pele.

De um modo geral, as pessoas encarregadas pelo cuidado apresentam pouco preparo para exercer tal papel [8]. Precisam de apoio e estímulo dos profissionais, como a equipe de enfermagem, para proporcionar maior qualidade nos cuidados prestados aos idosos, prevenindo o aparecimento de úlceras por pressão. Como a úlcera por pressão no idoso leva a inúmeras complicações, podendo chegar à morte, a equipe de saúde deve informar, estimular e supervisionar não somente a mudança de decúbito, mas os outros cuidados primordiais para minimizar o aparecimento e/ou eliminação das úlceras por pressão em idosos.

Em relação à mudança de posição para evitar o surgimento das úlceras por pressão foram citadas algumas medidas preventivas: mudança de decúbito freqüente (3 sujeitos); proteção de proeminências ósseas com travesseiros (1 sujeito); hidratação da pele com o uso de creme (1 sujeito). As falas abaixo apontam para tais medidas:

> "Sei que tem que mudar ela, a cada três horas [...]." (C)

> "Coloco travesseiro com a área de maior contato, calcanhar, no meio da perna." (A)

Observa-se que a maioria dos cuidadores se detém a mudança de decúbito como único cuidado para a prevenção das úlceras por pressão, desconhecendo inúmeros outros cuidados como a mobilização do idoso no leito, evitar a umidade da pele pelas incontinências, estimular a nutrição e outros. As medidas preventivas devem fazer parte do cuidado diário aos idosos acamados pela equipe de enfermagem e também pelo cuidador.

Três (3) sujeitos citam que a mudança de decúbito evita o surgimento de "escaras", como descrito abaixo:

> "A pessoa tem que ir mudando de lado, eu sempre mudo, coloco ela de lado, se não vai dando escaras, o que sei é só isso." (E)

"A gente tem que mudar de meia em meia hora, de uma em uma hora se não fica com escara." (J)

Pode-se observar que os cuidadores ao citarem o termo "escara" estão referindo-se às feridas que ocorrem na pele dos idosos acamados, ou seja, as úlceras por pressão. No hospital observamos que este termo ainda é utilizado também por profissionais da área de saúde, porém deve ser relacionado exclusivamente à presença de crosta necrótica na lesão [1].

De acordo com algumas falas observa-se que existe uma certa percepção por parte do cuidador do que seja, o que causa e o que deve ser feito para evitar as úlceras por pressão nos seus idosos. En-

tretanto, alguns idosos desenvolveram úlceras (6 idosos), e isto pode ser contraditório. Tal fato pode ocorrer devido a dificuldades que o cuidador tem em saber ou de ser informado até onde pode chegar referente ao cuidado no espaço hospitalar, além das condições intrínsecas para o desenvolvimento de úlceras por pressão.

O cuidador deve ser orientado e estimulado pelo enfermeiro sobre medidas simples que deve executar junto ao idoso no ambiente hospitalar. Também deve receber informações sobre o por quê de tais medidas, para executá-las de forma mais eficaz.

A partir do momento que o cuidador está informado, estimulado e se propõe a realizar os procedimentos para evitar as úlceras por pressão dentro do hospital, após a alta do seu idoso, estará em condições de desenvolvê-las em casa também, evitando assim, que o idoso desenvolva úlcera por pressão no domicílio, como é o caso de três idosos da pesquisa. A educação dos cuidadores é fundamental, pois terão o suporte necessário para dar continuidade aos cuidados visando à prevenção [16].

Orientações variadas aos cuidadores sobre ações no espaço físico hospitalar e com seu idoso

Ao serem questionados sobre as orientações fornecidas pela equipe de saúde acerca das ações desenvolvidas na área física hospitalar e aquelas possíveis de serem desenvolvidas junto aos idosos, observa-se que apenas 1 (um) cuidador recebeu orientação acerca das ações desenvolvidas na área física hospitalar. Na fala abaixo, o sujeito relata ter recebido por escrito o que poderia fazer dentro do hospital:

> "Me deram um papel. O acompanhante deve evitar contato com outros pacientes para não transferir de um lado para o outro [...]." (A)

De fato existe um folheto para autorização de "Acompanhamento de Pacientes", elaborado pela Diretoria de Enfermagem, onde possui algumas orientações para o acompanhante e deve ser fornecido pelo enfermeiro responsável pelo setor onde o idoso encontra-se internado. Vale ressaltar que no folheto, além de dados de identificação do cuidador, tem o local para que o enfermeiro do setor assine autorizando a permanência do cuidador com o idoso. O folheto também possui informações como uso de avental, lavagem das mãos, tempo de permanência no ambiente além de frases que apontam a possibilidade da ajuda do cuidador durante os cuidados.

Em relação às orientações sobre as ações com o idoso no hospital, dos 10 (dez) cuidadores, 5 (cinco) relatam ter sido orientados. Entre as informações, a mudança de decúbito foi citada por 3 (três) cuidadores, sendo orientada pela enfermeira, auxiliar de enfermagem e pelo médico, conforme as falas abaixo:

> "A enfermeira fala para está virando de lado para não dá ferida nas costas, para ficar mudando de posição, só isso que sei." (D)

> "A médica informou para colocar a paciente sentada." (A)

Outras informações foram evidenciadas como não mexer no soro/medicação citada por 1 (um) cuidador e chamar a enfermeira quando necessário por 2 (dois) cuidadores. Essas informações foram concedidas por enfermeiros, segundo os cuidadores. As orientações podem ser evidenciadas nas seguintes falas:

> "Conforme eu fui cuidando dela. Pode fazer uma coisa, não pode mexer no soro, não posso mexer na medicação. Tem que chamar a enfermeira. A enfermeira que falou, que essas coisas não podia mexer, tem que chamar." (F)

> "Se precisar de alguma coisa falar com a enfermeira que ela ajuda, se precisar trocar a fralda que ela ajuda."(G)

Parece existir uma contradição entre as falas dos sujeitos, pois para que o cuidador permaneça no hospital é preciso ter a autorização em mãos, ou seja, o folheto. Provavelmente o cuidador não se interessou e não foi estimulado a ler o que está contido no mesmo e esclarecer as suas dúvidas com o enfermeiro do setor, apenas se contentou em receber um papel assinado autorizando a sua entrada no ambiente hospitalar.

A leitura da população não é estimulada por levar ao pensamento crítico, a contestação e a transformação, elementos esses que colocam em

risco a estrutura social vigente [20], o que pode explicar o desinteresse da população brasileira pela leitura.

Apesar dos cuidadores receberem pouca ou nenhuma orientação em relação ao espaço físico e com o idoso no hospital, ao serem questionados sobre quais profissionais têm mais contato ou retira dúvidas acerca das ações e atividades dentro do hospital, todos citam algum profissional e apontam, a maioria, para a equipe de enfermagem. Tal afirmação pode ser comprovada pelas falas abaixo:

> "Poucas informações. Conforme eu fui cuidando dela [...]. Normalmente a gente vai tirando as dúvidas com as enfermeiras de plantão." (F)

> "Isso é por nossa conta. A parte da enfermagem, auxiliar de enfermagem." (I)

Tal situação fica evidente uma vez que é a equipe de enfermagem quem atua vinte e quatro horas por dia junto aos pacientes e seus cuidadores. Apesar da existência do folheto, ficou evidenciado que não é chamado à atenção do cuidador para a sua leitura e não são destacados pontos importantes para o cuidado que este acompanhante pode realizar com seu idoso no hospital, além do desinteresse por parte do cuidador em ler o que recebeu.

Conclusão

O avanço da ciência da saúde vem contribuindo para o aumento da expectativa de vida da população, porém as doenças da infância responsáveis pela morte precoce, atualmente controladas, estão sendo substituídas pelas doenças crônico-degenerativas que acompanham o envelhecimento. Os idosos que são internados com tais doenças têm as chances aumentadas de desenvolver as úlceras por pressão, ao se tornarem acamados.

De acordo com o levantado, pode-se observar que há pouca informação fornecida ao cuidador a respeito do que pode ou não ser realizado dentro do hospital e junto ao seu idoso. E que, apesar da equipe de enfermagem ter maior contato com os cuidadores, visto que prestam assistência durante vinte e quatro (24) horas por dia aos idosos, os cuidadores são pouco estimulados a realizarem ações de prevenção das úlceras por pressão. Tais orientações se resumem à mudança de decúbito freqüente.

Os cuidadores possuem um conhecimento prévio do que seja úlcera por pressão e das feridas que podem surgir na pele do idoso acamado e que não foram, exclusivamente, fornecidas pelos membros da equipe de saúde. Conhecem alguns fatores de risco como a pressão, a fragilidade da pele idosa, a imobilização, entre outros, e algumas medidas preventivas como a mudança de decúbito freqüente, proteção das proeminências ósseas, hidratação da pele. Porém, os idosos acompanhados por seus respectivos cuidadores desenvolveram úlceras por pressão, tanto durante a hospitalização quanto no próprio domicílio.

Como a maioria dos cuidadores permanece metade do dia junto ao idoso hospitalizado, a equipe de enfermagem deve ter um olhar diferenciado em relação à figura do cuidador, tendo-o como aliado, pois este pode contribuir com o trabalho da equipe através de medidas simples que podem realizar. O enfermeiro pode orientar os cuidadores quanto às suas ações dentro do hospital e junto ao idoso no que diz respeito às úlceras por pressão. E o cuidador estando mais esclarecido, irá colaborar com o que pode ser feito ou não.

Referências

1. Marini MF. Úlcera de pressão. In: Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.
2. Curiati JAE, Alencar YMG. Aspectos da propedêutica do idoso. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto, M. Geriatria: fundamentos, clínica, terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1994.
3. Smeltzer RC, Bare, BG. Histórico da função tegumentar. In: Smeltzer RC, Bare, BG. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.
4. Goode PS, Allman RM. Úlceras de pressão. In: Calkins E, Ford A, Katz PR. Geriatria prática. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
5. Rangel EML. Conhecimento, práticas e fontes de informação de enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e tratamento da úlcera de pressão [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2004.
6. Costa IG. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2003.
7. Pacheco JL. O cuidador: sua instância e sua experiência. In: Saldanha AL, Caldas CP, eds. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2a ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
8. Neri AL, Carvalho VAML. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EU, et al. Tratado de

geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.
9. Caldas CP. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP, eds. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2a ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
10. Mendes PBMT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. [Dissertação]. São Paulo: PUC; 1995.
11. Silva IP. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: Karsch UM, ed. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
12. Varoto VAG, Truzzi OMS, Pavarini SCI. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. Texto & Contexto Enfermagem 2004;13(1):107-14.
13. Silva MSML. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes hospitalizados [dissertação]. Paraíba: UFPA; 1998.
14. Dealey C. O tratamento de pacientes com feridas crônicas. In: Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 1996.
15. Duarte MJRS. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. Rev Enfermagem UERJ 1994;2(1):100-11.
16. Barros MCD. O cuidador leigo na a prevenção da úlcera por pressão em idosos no domicílio. [Dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.
17. Sá SPC. Idoso: representação social da velhice e as implicações no cuidado de si [tese]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2004.
18. Peixoto CE. Aposentadoria: o retorno ao trabalho e solidariedade da família. In: Peixoto CE. Família e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2004.
19. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. Rev Bras Enfermagem 2005;58(4):438-43.
20. Silva ET. Leitura ou "lei-dura"? In: Abreu M, ed. Leituras no Brasil: antologia comemorativa pelo 10º cole. São Paulo: Mercado de Letras; 1995.

Revisão

Indução do trabalho de parto

Aline Cristina de Poli*, Mariana Torreglosa Ruiz**, Zaida Aurora Geraldes Sperli Soler, D.Sc.***

**Enfermeira, Aluna do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), **Enfermeira obstétrica, aluna do curso de pós-graduação nível mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP), ***Obstetriz, enfermeira, livre-docente em Enfermagem, docente e orientadora da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)*

Resumo

A indução do parto consiste na iniciação intencional e artificial do trabalho de parto antes do desencadeamento espontâneo, com o propósito da expulsão da unidade feto-placentária, e apresenta benefícios inquestionáveis quando bem indicadas. Neste artigo faz-se uma revisão da literatura sobre indução do trabalho de parto, enfocando incidência; indicações; contra-indicações relativas e absolutas; possíveis riscos; métodos de avaliação e técnicas mecânicas e farmacológicas mais utilizadas, apresentando dados quanto à eficácia e efeitos colaterais.

Palavras-chave: indução do trabalho de parto, misoprostol e ocitocina.

Abstract

Induction of labor

Labor induction is the intentional and artificial initiation of labor before its spontaneous onset, and with the purpose of expelling the feto-placental unit. Its benefits are unquestionable, when it is used with proper obstetric indication. This study is a literature review regarding induction of labor. The main focuses were: incidence; indications; relative and absolute contra-indications; possible risks; evaluation methods, and most widely used mechanical and pharmacological techniques. We present data concerning its efficacy and collateral effects.

Key-words: induction of labor, misoprostol and oxytocin.

Resumen

Inducción del trabajo de parto

La inducción del parto consiste en la iniciación intencional y artificial del trabajo de parto antes del desencadenamiento espontáneo del mismo, y tiene el propósito de expulsar a la unidad feto-placentaria. La inducción presenta beneficios

Artigo recebido em 1 de outubro de 2007; aceito em 12 de fevereiro de 2009.
Endereço para correspondência: Zaida Aurora Geraldes Sperli Soler, E-mail: zaidaaurora@gmail.com

incuestionables cuando está bien indicada. En este artículo hicimos una revisión de la literatura sobre inducción del trabajo de parto. Enfocamos: incidencia; indicaciones; contraindicaciones relativas y absolutas**;** posibles riesgos; métodos de evaluación, y técnicas mecánicas y farmacológicas más utilizadas. Se presentan datos en cuanto a eficacia y efectos colaterales.

Palabras-clave: inducción del trabajo de parto, misoprostol y oxitocina.

Introdução

A indução do trabalho de parto tem por objetivo desencadear ou acelerar as contrações uterinas, de acordo com a dilatação esperada a cada etapa do período de dilatação do parto, por meio do uso de métodos artificiais o trabalho de parto, com o propósito de expulsar feto e placenta. Este procedimento terapêutico é considerado importante quando há benefícios para a mãe e feto, principalmente quando possibilita a realização do parto vaginal [1,2].

A indução do trabalho de parto pode ser definida como iniciação intencional do trabalho de parto antes do desencadeamento espontâneo, com o propósito da expulsão da unidade feto placentária [1-3]. O índice de utilização de métodos de indução varia de acordo com o local e a conduta do médico obstetra e geralmente é maior que 20%, sendo considerado um dos procedimentos mais utilizados em Obstetrícia para a resolutividade do parto [3,4].

A incidência de partos induzidos é bastante variável, enquanto nos países europeus não ultrapassa 5%, nos Estados Unidos aproximadamente 20% das mulheres recebem ocitocina durante o trabalho de parto, 13% dessas com a finalidade de indução, o que significa que nascem anualmente mais de 800 mil crianças que tiveram os partos induzidos [5]. Alguns estudiosos verificaram que entre os anos de 1990 a 2005, a incidência da indução eletiva do trabalho de parto, isto é, sem razões clínicas ou obstétricas que a justificassem, duplicaram de aproximadamente 10% em 1990 para 21% em 2005 [6-8].

Desta forma, o termo "indução do parto" é utilizado para todos os procedimentos que podem provocar contrações uterinas e desencadear conseqüentemente o trabalho de parto em mulheres com mais de 22 semanas de idade gestacional [9]. Portanto, difere da estimulação das contrações uterinas, nas quais o emprego, geralmente da ocitocina, pretende corrigir quadros de hipoligossistolia em partos iniciados espontaneamente. A indução é uma intervenção ativa, com potenciais riscos para a mãe e para o feto [5].

Indicações e contra-indicações para indução do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto tem mérito inquestionável quando os benefícios do parto imediato superam os riscos de manter a gestação. Entretanto, os fatores mais comumente citados para a indução eletiva são desejo da paciente e conveniência do obstetra [8].

As indicações mais comuns para indução do trabalho de parto estão relacionadas a fatores maternos e obstétricos. Dentre as condições maternas são citadas: síndromes hipertensivas, nefropatias crônicas, diabetes mellitus e colagenoses. As principais indicações obstétricas para indução são em ordem de freqüência: gestação pós termo ou prolongada (acima de 42 semanas gestacionais), corioamniorrexe prematura, óbito fetal, isoimunização e restrição de crescimento intra-uterino [1].

Os autores destacam que existem contra-indicações absolutas e relativas para a indução do trabalho de parto. Quanto às contra-indicações absolutas são destacadas: desproporção céfalo-pélvica, apresentações viciosas, descolamento prematuro de placenta normo-inserida, placenta prévia centro-total e presença de sofrimento fetal agudo com cérvice desfavorável [1]. Dentre as contra-indicações relativas destacam-se: cicatriz de cesárea prévia ou de leiomiomectomia, prenhez múltipla, poliidrâmnio, grandes multíparas, isto é com cinco ou mais partos anteriores, insuficiência placentária e em apresentações pélvicas [1,5].

Embora seja uma contra-indicação relativa, a indução do parto na existência de antecedente de cicatriz uterina anterior, como na cesárea, apresenta risco 6 vezes maior de rotura uterina, o que demanda vigilância, monitorização e cuidados durante o trabalho de parto [5].

A indução do parto está associada a maiores riscos de prematuridade, baixo peso ao nascer, distocias, aumento do índice de partos fórceps e cesáreas e excessiva atividade uterina com alterações na freqüência cardíaca fetal [2,3,7,8]. O aumento da idade gestacional aumenta o risco para o parto cesá-

rea, independentemente se o trabalho de parto foi induzido ou evoluiu espontaneamente. A indução do trabalho de parto, portanto, pode não aumentar o risco de parto cesárea quando comparado ao manejo expectante (trabalho de parto espontâneo), mas sim, estar associado à idade gestacional [10].

Métodos de avaliação para indução

Status cervical

Um dos mais importantes preditores do sucesso na indução do trabalho de parto é a condição da cérvice. Em 1931, Calkins *et al*. avaliaram 5700 mulheres em trabalho de parto e sugeriram que a intensidade das contrações e consistência uterina, como espessura da parede uterina; comprimento do canal de parto poderiam ser classificados em uma escala de 1 a 5 e, esses fatores provavelmente fariam a previsão da duração do trabalho de parto. Este foi o primeiro sistema de escore cervical sugerido [2].

Índice de Bishop e outros métodos de avaliação: uso de ultrassom transvaginal e marcadores bioquímicos

Em 1964, Bishop elaborou um índice prognóstico para a indução do parto. A extensa bibliografia que decorre de seu emprego, por mais de 30 anos, documenta a importância que ele tem na seleção dos casos favoráveis à indução do trabalho de parto [5]. O índice de Bishop consiste em cinco componentes: dilatação cervical, esvaecimento, consistência uterina, descida fetal e posição do colo e a condição da cérvice prediz o sucesso do trabalho de parto antes do início da indução, tanto em nulíparas quanto em multíparas. Utiliza-se o índice de Bishop para avaliar se a cérvice é favorável antes do início da indução. Assim, é consenso de que índice igual ou maior do que 6 associa-se com êxito em mais de 90% das induções. Por outro lado, pontuações menores servem para contra-indicar induções ou referendar o emprego de técnica para o amadurecimento cervical antecedente [1,2,5,11,12].

Mais recentemente, em estudo realizado por Rozenbert *et al.,* com exames de 266 grávidas antes de proceder à indução, chegou-se à conclusão que o índice de Bishop é melhor do que a avaliação ecográfica do comprimento do colo na predição do intervalo indução-parto e da ocorrência de um parto vaginal [13]. Tais considerações revelam que o índice de Bishop ainda apresenta-se como melhor alternativa para avaliação da maturação cervical, apresentando baixo custo e alta acurácia [14].

O uso do ultrassom transvaginal e a avaliação de marcadores bioquímicos, como a fibronectina fetal para predizer o sucesso da indução do trabalho de parto não apresentaram resultados superiores quando comparados à avaliação através do índice de Bishop [2,12].

Técnicas de indução

Antes de discorrer sobre as técnicas propriamente ditas, é relevante que se façam algumas considerações no que diz respeito às condições para sua aplicabilidade. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a Sociedade Canadense de Obstetras e Ginecologistas (CSOG) consideram que no parto induzido é no mínimo recomendável o emprego da monitorização eletrônica [5].

Deste modo, o ambiente hospitalar deve estar adequadamente instrumentalizado ao se empregar drogas ocitócicas, por via intravenosa, com uso de bomba de infusão. Também devem estar disponíveis drogas uterolíticas e anestésicos, bem como material para a prática do fórcipe e da cesárea de urgência. A evolução do trabalho de parto deve ser documentada em partograma e tanto as condições clínicas maternas, quanto a vitalidade do concepto devem estar asseguradas pela prática de metodologia propedêutica adequada [1,5].

Existe uma variedade de métodos para indução do parto, que podem ser divididos em farmacológicos e mecânicos. A grande diferença é que os agentes farmacológicos freqüentemente realizam o preparo da cérvice e induzem o trabalho de parto, enquanto que os agentes mecânicos promovem o preparo cervical sem induzir o trabalho de parto, necessitando algumas vezes, do uso de um segundo agente, como a ocitocina. Esses métodos são utilizados para pacientes com índice de Bishop desfavorável [6].

Métodos mecânicos de indução

Os métodos mecânicos para o preparo cervical têm sido utilizados desde a época de Hipócrates. Entretanto, nas últimas décadas, vem sendo substituídos pelos métodos de indução farmacológicos [6]. Possuem baixo custo e redução de alguns efeitos colaterais, citados como vantagens que os métodos

mecânicos apresentam sobre os métodos farmacológicos [9].

Dilatadores osmóticos

São considerados dilatadores osmóticos os compostos com materiais hidrofílicos, que absorvem água e gradualmente esvaecem e dilatam a cérvice. Os dois materiais mais comumente utilizados são: compostos estéreis de algas marinhas (*Laminaria japonica* ou *Laminaria digitata*) e materiais hidrofílicos sintéticos (Lamicel e Dilapan) [6].

As algas possuem ação física e farmacológica, absorvendo água do estroma cervical, que causa a desidratação do estroma, esvaecendo a cérvice e liberando prostaglandinas. A ação dos materiais sintéticos é primariamente mecânica causando a despolimerização das fibras colágenas e aumento à sensibilidade à prostaglandinas E2 (PGE2) [6,12].

Os dilatadores osmóticos ganharam popularidade após o aborto ser legalizado nos Estados Unidos, na década de 1970, mostrando-se seguros quando utilizados para esse fim e desde então vêm sendo utilizados para preparo cervical. Embora, apresentem redução no índice de partos cesárea, seu uso tem diminuído devido a relatos de infecção (associado com infecção por *clostridium* e gangrena) [6].

Sonda Foley

Este método mecânico continua sendo bastante utilizado, explicando-se que o uso da sonda Foley na indução do trabalho de parto age por meio de ação mecânica, causando a liberação de prostaglandinas. A liberação de prostaglandinas seria conseqüência da separação do cório da decídua [9].

Achados científicos relatam que o primeiro uso do balão da Foley para dilatação cervical foi descrito por Krauss em 1853 [6]. O método apresenta as seguintes vantagens: baixo custo, estabilidade em temperatura ambiente e baixa incidência de anormalidades das contrações uterinas, como taquissistolia e hiperestimulação uterina [6].

É interessante destacar que a sonda promove o amadurecimento cervical, entretanto às vezes se faz necessário associar o uso de ocitocina, que é a responsável pelo incremento da contração uterina. Desta maneira, a associação de sonda Foley e ocitocina pode ser tão efetiva quanto o uso do misoprostol para a indução do parto [9].

Métodos farmacológicos

Considera-se a indução através de métodos farmacológicos quando se utiliza a infusão de ocitocina ou a administração de prostaglandinas durante o trabalho de parto.

Misoprostol

O misoprostol é uma prostaglandina E1, metil-análoga, que foi originariamente sintetizada e comercializada com o objetivo de diminuir os efeitos colaterais e aumentar o tempo de ação da PGE1 natural, no tratamento de síndromes dispépticas do trato gastrointestinal, como gastrite e úlcera péptica [13,14].

Embora não previsto inicialmente como parte de suas indicações, o misoprostol ganhou popularidade em obstetrícia, descrevendo-se inicialmente o uso para interrupção das gestações de primeiro trimestre, já em 1986, e, logo em seguida, para interrupção de gravidez com feto morto [9].

O misoprostol tem indicação preferencial para induzir o trabalho de parto em colos com índice de Bishop desfavorável. Sua ação primordial é despolimerizar as fibras colágenas e aumentar a atividade uterina [1]. Além desta ação, o misoprostol atua sobre a matriz extracelular, com dissolução das fibras colágenas, aumento do ácido hialurônico e aumento do conteúdo de água da cérvice. Também, relaxa o músculo liso da cérvice e facilita a dilatação, ao mesmo tempo em que permite o acréscimo do cálcio intracelular, promovendo contração uterina. Todos estes mecanismos permitem o progressivo esvaecimento e dilatação cervical, concomitante ao aumento da atividade uterina, o que garante na maior parte dos casos uma indução bem sucedida do trabalho de parto [9].

O misoprostol apresenta importantes vantagens para o uso na clínica obstétrica. Seu custo é inferior ao de qualquer outra prostaglandina; tem tempo de vida meia-vida alargado; é de fácil administração e não requer refrigeração para sua estocagem. Segundo as pesquisas, constatou-se que o misoprostol é tão eficiente ou mais que as outras prostaglandinas e mais eficaz que a ocitocina na indução do parto com colo não maduro [9].

Em relação à dose utilizada na indução do parto, devido ao aumento da incidência de efeitos uterotônicos com altas doses de misoprostrol, as recomendações feitas pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas é de que se utilize 25 mcg com intervalo de 03 a 06 horas [4].

O misoprostrol pode ser administrado via oral ou via vaginal, entretanto, a via de administração ainda é alvo de controvérsias. Os achados na literatura apontam que o uso vaginal mostrou resultados eficazes, mas apresenta altos índices de hiperestimulação uterina, que podem ser minimizados simplesmente através da remoção do agente da vagina. Quando utilizado via oral, apresenta como principal efeito colateral, náuseas e vômitos, podendo não alcançar os resultados esperados. Quando administrado via endovenosa, foram observadas as seguintes desvantagens: hiperestimulação uterina e hipertemia, com difícil diferenciação da causa – se devido à PGE2 ou corioamnionite [14].

O uso do misoprostol via oral oferece teoricamente uma única vantagem, evita as avaliações vaginais e aumenta a aceitação do tratamento pela paciente [15].

Em mulheres com cicatriz uterina com cérvice desfavorável que requerem indução do trabalho de parto, a administração via vaginal de misoprostrol tem se mostrado um método seguro e eficaz. Alguns estudos com amostras reduzidas sugerem que o uso do misoprostrol em mulheres com cicatriz prévia de cesárea, aumenta a freqüência de rotura da cicatriz uterina, deiscência de cicatriz e rotura uterina. Portanto, seu uso não é recomendado nestes casos, o que ainda é controverso na prática obstétrica [4]. Em relação à eficácia, os resultados em relação ao intervalo entre o trabalho de parto e parto; resultados neonatais e efeitos colaterais maternos foram semelhantes. Portanto, o misoprostrol apresenta-se como alternativa viável, segura, econômica e efetiva [16-18].

Ocitocina

A ocitocina é sintetizada nos núcleos paraventricular e supraótico do hipotálamo, em um largo precursor peptídeo que passa pelo processo de clivagem. Após a clivagem a ocitocina é estocada em associação com outra proteína nas glândulas de armazenagem nos nervos terminais localizados na pituitária posterior. O estímulo para liberação da ocitocina inclui estímulo sensorial da cérvice, vagina e mama. Em resposta, a ocitocina é liberada no plasma [19].

As propriedades contráteis da ocitocina no miométrio foram descritas pela primeira vez em 1906. Extraída da pituitária posterior foi inicialmente utilizada na prática clínica para o tratamento da hemorragia puerperal e após, observou-se ação na indução do trabalho de parto. A ocitocina dificilmente é administrada por via oral, pois é rapidamente metabolizada pelo trato gastrointestinal. Assim, a via de escolha geralmente é endovenosa contínua, para indução e condução do trabalho de parto, sendo o tempo para a resposta uterina de 3 a 5 minutos e com 40 minutos o nível de estabilização é alcançado. A ocitocina é rapidamente metabolizada por muitas enzimas incluindo peptidases no rim e a ocitocinase e é secretada pela placenta. Após a inativação por essas enzimas, os metabólitos da ocitocina são excretados na urina [19].

A dose adequada e máxima é obtida quando o útero apresenta resposta à infusão de ocitocina, embora vários autores difundam que a dose máxima é de 40 um/min. Entretanto, quando realizados estudos com altas dosagens de ocitocina, nenhum mostrou aumento da incidência de hemorragia pós-parto ou resultados perinatais ruins [20]. A ação da ocitocina é dependente da presença de estrógenos que induzem aumento dos receptores para ocitocina no miométrio e apresentam níveis séricos tanto mais elevados, quanto mais avançada a idade gestacional. Em decorrência disto, a melhor resposta à ocitocina ocorre nas últimas semanas de gestação [9,13,19].

Os principais efeitos colaterais da ocitocina incluem: hiperestimulação uterina (presença de mais que 5 contrações em 10 minutos; contrações com duração de 2 minutos, ou contrações com duração normal que ocorrem em intervalos menores que 1 minuto entre uma ou outra contração, com ou sem alterações na freqüência cardíaca fetal); taquissistolia (hiperestimulação uterina sem alterações na freqüência cardíaca fetal); hiponatremia (possui estrutura similar à vasopressina (hormônio antidiurético); assim, quando a ocitocina é infundida em altas doses, há reação potencial de reatividade cruzada com os receptores da vasopressina localizados no rim); hipotensão (causada pela infusão em bollus) [19].

Conclusão

A indução do parto apresenta benefícios inquestionáveis, para mãe e para o feto, quando bem indicada. Para isso é necessário uma avaliação adequada das mulheres que necessitam da sua utilização, considerando os dados gestacionais e avaliação da cérvice. A partir da avaliação inicial, escolhe-se o método mais apropriado e seguro para indução do parto. Então, é necessário conhecer a eficácia e pos-

síveis efeitos colaterais de cada método e utilizá-los segundo a relação risco-benefício.

Referências

1. Duarte G, Cunha SP, Mauad Filho F, Nogueira AA, Berezowski AT, Rodrigues R, et al. Protocolo de condutas em gestação de alto risco. Ribeirão Preto: Funpec; 2003.
2. Crane JM. Factors predicting labor induction success: a critical analysis. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):573-84.
3. Crane JM, Butler B, Young DC, Hannah ME. Misoprostrol compared with prostaglandin E2 for labour induction in women at term with intact membranes and unfavorable cervix: a systematic review. BJOG 2006;113:1366-76.
4. Wing DA, Gaffaney CAL. Vaginal misoprostrol administration for cervical ripening and labor induction. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):627-41.
5. Neme B. Obstetrícia básica. 3a ed. São Paulo: Sarvier; 2005.
6. Gelber S, Sciscione A. Mechanical methods of cervical ripening and labor induction. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):642-57.
7. Lin MG, Rouse DJ. What is a failed labor induction? Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):585-93.
8. Moore LE, Rayburn WF. Elective induction of labour. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):698-704.
9. Moraes Filho OB, Cecatti JG, Feitosa FEL. Métodos para indução do parto. RBGO 2005;27(8):493-500.
10. Caughey AB, Nicholson JM, Cheng YW, Lyell DJ, Washington AE. Induction of labor and cesarean delivery by gestational age. Am J Obstet Gynecol 2006;195:700-5.
11. Rosenberg P, Chevret S, Chastang C. Comparison of digital and ultrassonographic examination of the cervix in predicting the length of induced labor time interval from induction to delivery in women with a low Bishop score. BJOG 2005;112:192-96.
12. Baacke KA, Edwards RK. Preinduction cervical assessment. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):564-72.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Keirse MJNC. Natural prostaglandins for induction of labor and preinduction cervical ripening. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):609-26.
15. Mozurkewich E. Prelabor rupture of membranes at term: induction techniques. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):672-83.
16. Bartusevicius A, Barcaite E, Krikstolaitis R, Gintautas V, Nadisauskiene R. Sublingual compared with vaginal misoprostrol for labour induction at term: a randomised controlled trial. BJOG 2006;113:1431-37.
17. Haghighi L. Intravaginal misoprostrol in preterm premature rupture of membranes with low Bishop scores. Int J Gynecol Obstet 2006;94:121-2.
18. Zeteroglu S, Engin-Ustun Y, Ustun Y, Guvercinçi M, Sahin G, Kamaci M. A prospective randomized study comparing misoprostrol and oxytocin for premature rupture of membranes at term. J Matern-Fetal Neonat Med 2006;19(5):283-7.
19. Smith J, Merrill DC. Oxytocin for induction of labor. Clinical Obstet Gynecol 2006;49(3):594-608.

Atualização

Reflexões sobre a formação do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde

Lucieli Dias Pedreschi Chaves, D.Sc.*, Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo**

**Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP, **Enfermeira, Mestranda em Enfermagem Fundamental na EERP-USP, Especialista da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Universidade de São Paulo.*

Resumo

O cenário atual do Sistema Único de Saúde (SUS) exerce expressiva influência no processo de formação dos enfermeiros. A partir da normatização educacional vigente e produção científica sobre a temática, este artigo tem como objetivo apresentar reflexões acerca da formação do enfermeiro no contexto do SUS, evidenciando limitações e pontos críticos. Para atingir este objetivo apresenta em sua introdução generalidades sobre educação e recursos humanos em saúde, perpassando pelos aspectos da formação profissional para o SUS, para em seguida abordar as especificidades da formação do enfermeiro. Está em curso uma mudança no ensino de enfermagem que busca consolidar a formação na perspectiva de atuação do enfermeiro de maneira crítica, reflexiva, inovadora e competente, como membro de equipe multiprofissional. O momento é de construção de uma nova realidade, considerando limitações e potencialidades de cada instituição de ensino, vencendo desafios relacionados à estrutura universitária e ao próprio processo.

Palavras-chave: educação em enfermagem, enfermagem, educação, recursos humanos.

Abstract

Thinking about nurses education on the Unified Health System context

The current structure of the Unified Health System (UHS) exerts expressive influence in nurses educational process. From the existing rules regarding education and the scientific production on the theme, this article aims to develop thoughts regarding nurses training in the context of UHS, showing limitations and critical points. In order to achieve its aim, firstly introduces general aspects of education and human resources on health, secondly approaches specificities of nurses education. Changes in nursing teaching are in progress aiming to consolidate training in the perspective of nurses performance in a critical, reflexive, innovative and competent way, as member of multiprofessional team. It is time to build a new reality, considering limits and potentiality of each teaching institution, to overcome challenges related to university structure and the process itself.

Key-words: education, nursing; nursing; education; human resources.

Artigo recebido em 11 de agosto de 2008; aceito em 20 de fevereiro de 2009.
Endereço para correspondência: Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Av. Bandeirantes, 3900, 14040-902 Ribeirão Preto SP, Tel: (16) 3602-3440, E-mail: dpchaves@eerp.usp.br, Ana Lídia de Castro Sajioro Azevedo, E-mail: alsajioro@eerp.usp.br

Resumen

Reflexiones sobre la formación del enfermero en el contexto del Sistema Único de Salud

El actual escenario del Sistema Único de Salud (SUS) ejerce expresiva influencia en el proceso de formación de los enfermeros. A partir de las normas de educación vigentes y producción científica acerca de la temática, el artículo objetiva presentar una reflexión acerca de la formación del enfermero en el contexto del SUS, evidenciando limitaciones y puntos críticos. Para atingir ese objetivo presenta generalidades sobre educación y recursos humanos en salud y aspectos de la formación profesional para el SUS. Trae también especificidades de la formación del enfermero y presenta otras consideraciones. Están en desarrollo cambios en la enseñanza en enfermería que buscan consolidar la formación del enfermero para actuar de manera crítica, reflexiva, innovadora y competente, como miembro de equipos multiprofesionales. Es momento para la construcción de una nueva realidad, considerando limitaciones y potencialidades de cada institución de enseñanza, venciendo desafíos relacionados a la estructura universitaria y al propio proceso.

Palabras-clave: educación en enfermería, enfermería, educación, recursos humanos.

Introdução

Refletir sobre a formação do enfermeiro requer entender o contexto de reorganização do sistema de saúde brasileiro, que é responsável pela definição e implementação da política de recursos humanos (RH) em saúde, que em última instância viabilizará a concretização do próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo maior do sistema de saúde diz respeito à saúde das pessoas nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, justificando o investimento de recursos na formação, qualificação e capacitação dos trabalhadores/profissionais com vistas a atingir este objetivo.

Define-se trabalhadores da saúde como todas as pessoas engajadas na prestação de serviços de saúde à população e que têm o propósito fundamental de reconstruir no cotidiano, as concepções teóricas e práticas em torno da atenção a saúde. Estes trabalhadores fazem parte de equipes funcionais, as quais têm responsabilidades e tarefas específicas, desempenhando funções que são articuladas entre si [1].

A relevância dos trabalhadores/profissionais da saúde fica evidente quando são considerados sujeitos e objetos do processo de efetivação dos princípios do SUS. Neste sentido, destaca-se a responsabilidade da gestão com a formação e desenvolvimento de recursos humanos.

Os processos educacionais abarcam aspectos relativos ao desenvolvimento de recursos humanos e formação de futuros profissionais, trata-se de processos distintos, porém imbricados e que apresentam interfaces. A educação vinculada à experiência de emprego no setor pode ter várias denominações - educação continuada, educação permanente, reciclagem, aperfeiçoamento e motivação, compondo o aspecto denominado desenvolvimento de RH. Os aspectos referentes aos processos educativos formais que conferem certificação/habilitação profissional específica, voltada ou não para o pessoal de serviço dizem respeito à formação de recursos humanos [2].

Cabe destacar que o desenvolvimento de recursos humanos abarca as ações de educação continuada e permanente em uma perspectiva de constante qualificação dos trabalhadores da saúde e a formação de futuros profissionais também se faz presente no cenário dos serviços de saúde nos quais os estudantes têm oportunidade de desenvolver habilidades e competências a partir de vivencias no mundo do trabalho. No dia-a-dia dos serviços de saúde, os aspectos de desenvolvimento e formação de recursos humanos apresentam intersecções, como por exemplo, uma das etapas do processo de formação de futuros enfermeiros pode ser produzir coletivamente atividades educativas para trabalhadores de saúde de determinada unidade de saúde que serve como cenário para atividades teórico-práticas.

Embora reconhecendo esses dois aspectos relativos aos processos educacionais como interligados, neste artigo o foco é o processo de formação de futuros enfermeiros.

Os enfermeiros constituem uma categoria profissional com expressivo contingente de trabalhadores e significativa participação na atenção em saúde nas diferentes esferas do SUS, justificando essa abordagem mais específica acerca de sua formação.

Acredita-se que a análise da legislação educacional vigente e da produção científica sobre a temática, aliada a vivência profissional das autoras em uma instituição de ensino possa trazer contribuições para as discussões sobre a formação do enfermeiro no contexto do SUS. Neste sentido o objetivo deste estudo é apresentar, no cenário atual, uma reflexão acerca da formação de enfermeiros evidenciando limitações e pontos críticos.

O presente artigo apresenta em sua introdução generalidades sobre educação e recursos humanos (RH), perpassando pelos aspectos da formação profissional para o SUS, para em seguida abordar a especificidade da formação do enfermeiro e apresentar as considerações finais.

A formação profissional para o SUS

Embora a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Saúde, as Normas Operacionais Básicas, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde e as Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos - SUS determinem as atribuições das três esferas de governo, relativas às políticas de recursos humanos e educação, estas normativas ainda hoje não garantem ações/estratégias resolutivas e que se efetivem no cotidiano.

É importante destacar, que historicamente, o tema recursos humanos em saúde teve pouca relevância na política de saúde vigente no Brasil antes da implantação do SUS, sendo tratado como uma questão de menor interesse e repercussão [3].

Na década de 90 parecia haver uma preocupação social que se traduzia em não reconhecer no recurso humano apenas um fator de produção, mas sim um elemento fundamental para a transformação dos processos produtivos, havendo necessidade de resgatar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividade para a elaboração ou a proposição de projetos novos. Ainda hoje, as alterações legais, políticas e administrativas na área da saúde não contemplaram suficientemente os sujeitos que operam e usufruem estas mudanças [4].

A Constituição Federal de 1988 firmou que as ações e os serviços de saúde, constituídos em sistema único, integram uma rede organizada segundo diretrizes, dentre elas a integralidade da atenção e, determina que a competência para ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde é do SUS. A Lei Orgânica da Saúde destaca que a política para os trabalhadores do setor saúde deve cumprir o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação e programas permanentes de aperfeiçoamento de pessoal [5].

Pensar em uma articulação entre sistema educacional e sistema de saúde para formação de recursos humanos parece lógico; entretanto, no Brasil, esta ainda é uma realidade frágil, que nos últimos anos tem avançado, mas há muito para ser construído.

A organização social dos serviços de saúde influencia o perfil dos futuros profissionais, mas ao mesmo tempo as instituições de ensino são responsáveis pela formação de profissionais que vão interferir na organização dos serviços, facilitando ou dificultando as transformações necessárias para o fortalecimento do SUS, ou seja, o sistema de saúde e a formação profissional estão intimamente ligados, embora na prática esta articulação ainda seja incipiente [6].

Pode-se dizer que há um consenso entre os críticos da educação dos profissionais da saúde em relação à hegemonia da abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada presentes na formação; cujo modelo pedagógico predominante é centrado em conteúdos, organizados em compartimentos fragmentados, que dissocia conhecimentos da área básica daqueles da área clínica, centra oportunidades de aprendizagem em hospitais universitários, adota sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizadas, estimula a especialização precoce, perpetua modelos tradicionais de atenção à saúde, ou seja, a perspectiva tradicional da educação superior praticamente desconhece estratégias didático-pedagógicas que favoreçam a participação ativa dos estudantes [7].

Embora os currículos, centrados em conteúdos mínimos e disciplinas, mostrem-se inadequados face às mudanças sociais, às demandas dos serviços, às necessidades de saúde da população e ao perfil epidemiológico vigente, ainda hoje são realidade em muitas instituições de ensino. Desse modo, evidencia-se que o perfil de formação dos profissionais não favorece a capacidade de oferecer atenção integral, fundamental para viabilizar a integralidade na atenção à saúde conforme a proposta do SUS.

Para alcançar os objetivos de extensão de cobertura de assistência, adoção de novos modelos de atenção, com foco no trabalho em equipe e em ações

de promoção e vigilância em saúde são necessários profissionais generalistas, cuja formação requer projetos pedagógicos capazes de atualizar conhecimentos, introduzir novas tecnologias, desenvolver a capacidade de trabalho crítico e multiprofissional [8].

A educação passa por um processo de mudança de paradigma que implica a necessidade de redefinição do papel das instituições de ensino, bem como dos docentes e discentes no cenário educacional. Busca-se, portanto, a superação das contradições originadas nas tendências teóricas que fundamentam o processo educacional dominante, pela inserção de novas estratégias de ensino que favoreçam a formação de um perfil profissional capaz de responder às necessidades sociais da saúde [9].

Um aspecto importante da formação diz respeito à visão que se tem do trabalhador em saúde, não como um simples insumo no conjunto de recursos necessários ao desenvolvimento do trabalho em saúde, dentro da lógica de custo-benefício, como apenas um instrumento para produção de serviços, mas de maneira ampliada como um agente participativo no processo de trabalho, transformador, protagonista do processo de produção de serviços cujo objetivo do trabalho se volta para o cuidado em suas múltiplas dimensões [10].

Quanto à reorientação da educação em saúde, há necessidade de reversão da matriz de pensamento e práticas centradas em determinantes externos (interesses capitalistas, mercado de trabalho, política de saúde do estado, organização dos serviços de saúde) e internos (desintegração básico-profissional, conservadorismo docente, desarticulação ensino-serviço) para opções e propostas factíveis/viáveis, capazes de introduzir inovações que contenham potencial de fortalecer mudanças nas práticas profissionais e nos processos de trabalho [2].

As transformações dos cursos de graduação e, por conseguinte, dos futuros profissionais perpassam por questões relativas: ao papel das instituições de ensino e sua inserção na comunidade, sua responsabilidade social, a qualificação dos docentes e seu preparo para mudanças no sentido de vencer a dicotomia entre o pensar e o fazer, ao distanciamento dos serviços de saúde, ao tecnicismo e ao direcionamento da formação dos profissionais em consonância com o SUS e a construção coletiva do projeto pedagógico, que deve estar em permanente (re)construção com participação de docentes, discentes e enfermeiros de serviços de saúde [11].

Embora a Constituição determine a competência do SUS para ordenar a formação de recursos humanos, esse preceito não tem se traduzido plenamente em uma prática institucional, uma vez que os instrumentos de poder e de articulação para orientar o processo de formação e distribuição de recursos humanos que o sistema dispõe não têm sido utilizados em sua totalidade. Ou seja, ainda hoje a articulação entre o setor saúde e educação é bastante frágil e muitas instituições de ensino formam futuros profissionais a partir de projetos políticos pedagógicos que não estão embasados nas diretrizes e princípios do SUS [12].

Em uma perspectiva de favorecer a integração e articulação de ações dos Ministérios da Saúde e da Educação, em 2005, estabeleceu-se uma política articulada de educação em saúde institucionalizada pela Portaria Interministerial nº. 2118, de 03 de Novembro de 2005, que instituiu parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde; como conseqüência emergiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia [13]. Esse Programa tem-se constituído em mais uma iniciativa para reorientar o processo de formação destes profissionais de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS [14].

Entende-se que as iniciativas governamentais e legais para favorecer a articulação entre saúde e educação são de extrema importância, mas não são suficientes por si só. As transformações nas áreas de educação e da saúde precisam acontecer em processos coletivos, com participação responsável e ativa dos atores envolvidos, fazendo-se necessário investir fortemente nos trabalhadores/profissionais da saúde como uma das estratégias para viabilizar a consolidação do SUS. Neste sentido, faz-se necessário pensar as bases que norteiam a formação dos enfermeiros.

A formação do enfermeiro

Nas discussões acadêmicas sobre as perspectivas da educação em enfermagem emerge o desafio da formação de profissionais com potencial de ação transformadora do cenário de saúde vigente, sur-

gindo como alternativa a busca constante de novas estratégias, principalmente através da reformulação curricular, no sentido de possibilitar a formação comprometida com a realidade social [15]. Porém, o panorama da formação profissional ainda evidencia a baixa integração ensino-serviço de saúde, a dicotomia entre teoria e prática, área básica e área clínica, em cursos estruturados em modelos curriculares pouco integrados e dinâmicos, muitas vezes distantes da realidade social do sistema de saúde.

A partir da elaboração de um Projeto Político Pedagógico, as instituições de ensino definem sua estrutura curricular, objetivos de curso, critérios de avaliação, estrutura de recursos materiais e humanos necessários e apresentam uma proposta para formação de enfermeiros. Um projeto pedagógico consiste em uma proposta integrada de trabalho, na qual devem estar descritos conjuntos de habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras que se pretende desenvolver em uma determinada clientela, bem como referenciais a ela associados e a metodologia a ser adotada, incluindo formas de ensino e de avaliação [16].

Faz-se necessário que os cursos incorporem, em seus projetos políticos pedagógicos, o arcabouço teórico do SUS, valorizando ainda postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir a formação de acordo com referenciais de qualidade; inovando ao estimular a inserção precoce e progressiva do estudante no cenário do SUS, o que lhe proporcionará conhecimento e compromisso com a realidade de saúde de seu país e região [13].

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino da Enfermagem propõe uma importante mudança no campo da educação, indica que os currículos devem ser integrados, construídos coletivamente, buscando formar profissionais com habilidades e competências para uma atuação crítica, reflexiva frente às reais necessidades de saúde da população, identificadas por indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. A articulação com serviços de saúde favorece a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde ao mesmo tempo em que pode possibilitar maior relevância social para os centros formadores, tanto do ponto de vista da pesquisa (produção de conhecimentos) quanto da própria formação em si [17].

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem delineiam o perfil do egresso do curso como enfermeiro generalista, humanista, crítico, reflexivo ou, enfermeiro com licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na educação Básica e na educação Profissional em Enfermagem; estabelece seis grandes habilidades e competências para as quais o enfermeiro deve ter conhecimentos: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente; institui o estágio supervisionado nos dois últimos semestres do curso e estabelece o projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no estudante como sujeito de aprendizagem, apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem, articulando ainda ensino, pesquisa e extensão/assistência [17].

Entretanto, embora as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem representem um movimento para tornar a formação mais dinâmica, construída coletivamente e articulada ao sistema de saúde, entende-se que por si só não garantem que a prática sofra modificações, porém, é um elemento norteador de um processo de transformação, que deve ser contínuo.

A idéia de construção coletiva de uma proposta pedagógica emerge nos espaços de discussão acerca da graduação em enfermagem no Brasil. Não obstante muitos cursos ainda esbarrem em dificuldades tanto na etapa de construção das propostas quanto na sua implementação, seja por questões relativas à estrutura educacional ou por dificuldades com os envolvidos no processo [18].

Em relação às estruturas das instituições de ensino, as dificuldades se concentram em torno da carência de tempo, da escassez de recursos materiais e humanos, da precariedade de infra-estrutura acadêmica e administrativa, da exigência de manutenção de índices de produtividade para manter a pós-graduação [19]. Quanto aos envolvidos no processo de formação dos enfermeiros, destaca-se a dificuldade com as metodologias de ensino ativas/problematizadoras, ao não envolvimento efetivo das pessoas no processo educacional e a formação tradicional dos docentes [20].

Na formação de enfermeiros há necessidade de mudanças viabilizadas por meio: da formação nos próprios cursos, de colegiadas com participação docente e discente na elaboração, aplicação e avaliação do projeto político pedagógico; da postura do docente diante dos conteúdos programáticos, passando a pensar e atuar de forma interdisciplinar

e de cenários novos de aprendizagem, integrando escola-serviço de saúde-população e articulando teoria e prática no ensino de enfermagem [21].

Conclusão

Esta reflexão acerca dos aspectos relevantes do processo de formação dos enfermeiros não esgota a temática, entretanto evidencia que a questão de recursos humanos é um tema central, que não pode ser desarticulado da educação formal e permanente e, ambas, não podem ser desconectadas do sistema de saúde vigente e do processo de produção em saúde.

Embora as normativas ministeriais e Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino da Enfermagem vigentes definam que a formação profissional deve ser fortemente vinculada ao SUS e aos serviços de saúde, ainda hoje esta não é uma situação vivenciada em grande parte das instituições de ensino. Faz-se presente o desafio de formar profissionais críticos e competentes para atuar positivamente como agentes de transformação, em processos dinâmicos de construção do saber e do cuidado.

A implantação e a operacionalização das novas diretrizes curriculares apontam para a formação de um profissional tecnicamente competente, crítico, comprometido com a saúde da população, havendo uma reordenação do conteúdo teórico-prático e a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem. Assim, configura-se a importância e as possibilidades para que as instituições de ensino atuem efetivamente na consolidação do SUS, formando e transformando profissionais de saúde para práticas individuais e coletivas, além de seu papel de produzir novos conhecimentos articulados à prática.

Para as instituições de ensino cabe a missão de elaborar e operacionalizar coletivamente seus projetos pedagógicos, em um movimento contínuo de construção e reconstrução de suas propostas de formação dos enfermeiros, considerando não apenas as diretrizes, mas a história da instituição, sua missão, suas potencialidades e dificuldades, inseridas em um contexto social de saúde e educação.

Quanto à formação de recursos humanos em saúde, particularmente os enfermeiros, ainda são pontos críticos:

A articulação incipiente entre órgãos gestores dos sistemas de saúde e instituições de ensino que se reflete em uma formação pouco articulada da prática e dos princípios do SUS;

O descompasso entre a formação dos docentes tendo como base didático-pedagógica a abordagem tradicional e as propostas de abordagens pedagógicas mais ativas, exigindo um processo contínuo de capacitação docente;

Pouco investimento na formação profissional e educação permanente em serviço, ambas articuladas à melhoria de aspectos relacionados à estrutura, organização e processo de trabalho;

Projetos pedagógicos cujas propostas são inovadoras e arrojadas, porém sem a adequada e necessária operacionalização para lhe dar concretude.

Acredita-se que a consolidação da enfermagem enquanto profissão está em constante processo de construção e na atualidade o desafio é garantir a formação de profissionais que possuam atuar positivamente no cenário do SUS.

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Relatório Mundial da Saúde [online]. [citado 2008 Ago 1]. Disponível em URL: http://www.who.int/topics/injuries/about/en/index.html
2. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciên Saúde Coletiva 2002;7(2):373-83.
3. Biasoto Júnior G. Recursos humanos e qualificação profissional: impasses e possibilidades. Rev Formação 2002;2(5):75-85.
4. Ferreira JM. A municipalização da saúde sob os óculos do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de Marília. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
5. Chaves LDP. Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto–SP, 1996-2003. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
6. Paim J, Teixeira C. Conjuntura atual e formação de pessoal em saúde: problemas, desafios e oportunidades. Texto elaborado para seminário da Rede Unida, Londrina; 2002.
7. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública 2004;20(5):1400-10.
8. Faria R, Viana ALD. Experiências inovadoras de capacitação de pessoal para básica no Brasil: balanças, limites e possibilidades dos pólos. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p.127-59.
9. Silva CC. Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

10. Brasil. Ministério da Saúde. André F et al, eds.Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
11. Maia MRG, Göettems L. Diretrizes curriculares nacionais e formação em enfermagem: construindo perfis com qualidade política. Relatório final de oficina de trabalho no 54º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza; 2002.
12. Fonseca CD, Seixas PHD. Agenda Nacional de recursos humanos em saúde: diretrizes e prioridades. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p.289-322.
13. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991/2004. Haddad AE et al, eds. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006. 531p.
14. Brasil. Ministério da Educação e Saúde. Portaria n.° 2101/GM, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. [citado 2008 Ago 1]. Disponível em: URL: http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/volume_10/portaria_pro_saude.pdf.
15. Ponce de Leon CGRM. Formação de formadores: a prática educativa em um programa de pós-graduação em enfermagem [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2005.
16. Souza CBG. O projeto pedagógico como instrumento de participação e qualidade no ensino superior. Araquara: ACL/Unesp; 1995.
17. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: CNE; 2001.
18. Backes A, Silva RPG, Rodrigues RM. Reformas curriculares no ensino de graduação em enfermagem: processos, tendências e desafios. Ciência Cuidado e Saúde 2007;6(2):223-30.
19. Fernandes JD, Ferreira SL, La Torre MPS, Santa Rosa DO, Costa HOG. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Rev Bras Enfermagem 2003;56(4);392-95.
20. Beck CLC, Budó MLD, Terra MG, Campanogara S, Padoin SMM, Blois JMO. Participação na construção de um projeto político-pedagógico na enfermagem. Rev Bras Enfermagem 2003;56(4);405-8.
21. Oliveira BRG, Schneider JF, Rizzotto MLF, Rodrigues RM. Avaliação e construção de um projeto político-pedagógico para a graduação em enfermagem. Rev Bras Enfermagem 2003;56(4);369-73.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2009

Março

27 e 28 de março
Simpósio – Decisões e cuidados no final da vida
USP – Escola de Enfermagem
Informações: (011) 3061-7531
scex@edu.usp.br

Abril

04 de abril
Acessos Vasculares para Quimioterapia e Transplante de Medula Óssea
Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital A.C. Camargo
São Paulo, SP
Informações: (11) 2189-5078/2189-5098
centrodeestudos@hcancer.org.br

15 a 17 de abril
2º Encontro de Enfermagem Ginecológica do Estado do Rio de Janeiro
UERJ
Rio de Janeiro, RJ
Informações: E-mail: abenfo@gmail.com

Maio

27 a 30 de maio
II Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas
2º Congreso Ibero-Latinoamericano sobre Ulceras y Heridas
1º Encontro de Países Africanos de Língua Portuguesa
Bahia Othon Palace
Salvador, BA
Informações: www.sobenfee.org.br

Junho

8 a 11 de junho
15º. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem/SENPE
Rio de Janeiro, RJ
Informações: abenrio@veloxmail.com.br

17 a 21 de junho
9º Congresso de Enfermagem em Centro Cirúrgico 2009
Centro de Convenção Anhembi
Informações: (11) 3341-4041
www.sobecc.org.br

24 a 26 de junho
VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal - VI COBEON
Rio Poty Hotel
Teresina, PI
Informações: (85) 3272-4144

Agosto

19 a 22 de agosto
XI Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma e II Encontro Nacional de Enfermagem do Trauma
Campinas, SP
Informações: www.traumasemfronteiras.com.br/index.php

Setembro

28 de setembro a 1 de outubro
12º CBCENF – Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem
Belo Horizonte
Informações: www.portalcofen.gov.br

Outubro

7 a 9 de outubro
2º Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem
Fundação Calouste Gulbenkian
Lisboa, Portugal
Informações: 213 535 543/217 156 736
historiaenf@gmail.com

Dezembro

7 a 10 de dezembro
61º CBEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem
Fortaleza, CE
Informações: (85) 3272-4144
www.aben-ce.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 8 número 3 - Maio / Junho de 2009

EDITORIAL

Teoria e práxis: suas relações dialéticas (uma reflexão sobre enfermagem), Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques 119

ARTIGOS ORIGINAIS

Assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos ao tratamento clínico e a cirurgia bariátrica, Martha Elisa Ferreira de Almeida, Priscila Dias Costa 122

Compartilhando os sentimentos e os pensamentos sobre a morte e o processo de morrer, Teresa Cristina Prochet 131

Método mãe canguru: um contato de amor e carinho - atuação do enfermeiro na orientação desse método, Sabrina Ferreira de Oliveira, Inês Maria Meneses dos Santos 139

Avaliação da eficácia da fita teste utilizada para determinar a concentração do ácido peracético, Natália Peres Gonçalves Pavani, Ana Lúcia Colombo, Setsuko Sato 144

RELATO DE CASO

Desbridamento de úlcera venosa com papaína associada à uréia, Solange Silveira, Marcelo Alessandro Rigotti, Adriano Menis Ferreira, José Maria Pereira de Godoy 149

REVISÕES

Protocolo de atenção domiciliar em enfermagem e a substitutividade, Rita Batistas Santos 152

Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: possibilidades de ação do enfermeiro, Maria Lúcia Finotti Cherézio, Rita Maria da Silva Grossi, Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira 160

ATUALIZAÇÃO

Crianças e adolescentes no Brasil: um resgate da trajetória histórica e das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência desvalidas, Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke, Adriana Dora da Fonseca 168

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 176

CALENDÁRIO DE EVENTOS 177

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Aida Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF - Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)
Prof. Ms. William Malagutti (UGF – São Paulo)

Enfermagem Brasil é indexada no CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

atlântica editora

Atlântica Editora
e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

E-mail: atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Atendimento
(11) 3361 5595 /3361 9932
E-mail: melloassinaturas@uol.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello

Editor assistente – Publicidade
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 180,00
www.eventoserevistas.com.br

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
melloassinaturas@uol.com.br

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Teoria e práxis: suas relações dialéticas (uma reflexão sobre enfermagem)

Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques

A evolução do conhecimento e da tecnologia exigem, em todos os ramos, a procura e disponibilização dos mais variados recursos. E, no campo da saúde, aos enfermeiros são exigidas as mais diversas competências em todas as esferas de actividade, relacionadas com a saúde, ou em todos os campos e espaços da vida humana, cuidando, educando, aconselhando, ajudando, dirigindo ou investigando. O seu contributo é fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Estes profissionais constituem uma força humana e profissional de primeiro plano, cuja actuação tem de pautar-se pelo evoluir da ciência e sem esquecer o impacto de fenómenos como o envelhecimento populacional, a pobreza e outras problemáticas actuais.

Num universo marcado pela alta tecnologia, pela proliferação dos meios informáticos, pela diversidade de formas de comunicação/informação, o trabalho actual dos profissionais de enfermagem está marcado pela polivalência, a flexibilidade e a multidisciplinaridade. Pede-se-lhes desenvolvimento de espírito analítico e, simultaneamente, ter em conta a globalidade; competência técnica de alto nível mas irradiando calor humano e simplicidade no contacto. Deseja-se um profissional que *"…possa combinar as propriedades da excelência na técnica e a excelência no tacto"* [1]. No mundo de hoje, o enfermeiro ou enfermeira, têm de demonstrar excelência do saber, do fazer e do ser.

Desde Florence Naghingale que a profissão de enfermagem se debate com paradigmas, concepções e princípios essenciais à compreensão e natureza dos cuidados e, também, com a necessidade de descobrir e redescobrir a riqueza de um pensamento (pensar/entender enfermagem) nem sempre reconhecido.

A passagem do crescimento ao desenvolvimento de cada profissional exige cultura, em todas a suas dimensões, e ainda, o conhecimento do vasto espectro de disciplinas e matérias que permitam a interdisciplinaridade, dada a complexidade de tudo que é humano. Daí que, os enfermeiros tenham de investir, não só na formação técnica e científica nas disciplinas que se integram na área das ciências biomédicas, mas também nas disciplinas que se integram na área das ciências humanas. É, assim, importante a pluralidade de conhecimentos heterogéneos. Mas, como afirma Manuel Sérgio *"…uma pluralidade de conhecimentos heterogéneos não significa obter a* ***unidade do diverso****, mas constitui o primeiro passo para integrar saberes heterogéneos"* [2] .

Não se formam bons profissionais pela acumulação de conhecimentos, mas sim pela renovação constante diante de um mundo que entrou num ritmo avassalador de mutação. Não há mais espaço para acomodação, passividade, submissão, individualismo ou paternalismo. O sucesso de qualquer empreendimento está comprometido com a implementação de uma cultura de mudança e de contínuo aperfeiçoamento. A qualidade dos profissionais verifica-se pelo permanente aperfeiçoamento e renovação e não pelo resultado de actos repetitivos.

Doutora em Ciências de Enfermagem pelo ICBAS-UP, Professora Coordenadora do Ensino Superior Politécnico, Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Qualquer profissional deve, pois, assumir um permanente questionamento de todas as suas acções, com humildade e curiosidade, em busca de inovação, de criatividade, de flexibilidade de actuação, de ousadia para propor e assumir novos desafios e com capacidade para incorporar novos saberes. Diríamos que as relações dialécticas teoria-práxis vão ajudar a integrar um leque variado de saberes teóricos em contextos práticos e destes naqueles. Significa um esforço e novas conquistas cognitivas ampliando a panóplia de meios de intervenção e de orientação para qualquer intervenção do ser humano. *"É uma obrigação absoluta, no sentido ético, saber e, hoje, tal significa também estar informado pela ciência"* [3], assim como, contribuir para a sua difusão e aplicação.

O conceito que queremos aqui difundir não é o de simples prática (de oposição à teoria) mas o de práxis ou *"…conduta (individual ou de grupo) transformadora, assumida como auto-realização"* [2]. O homem faz-se fazendo e o *"… lugar de emergência do ser humano é a sua praxis, que faz movimentar a História, com significação e sentido"* [2] . De facto, nenhum contexto se esgota ao homem ou o satisfaz plenamente. Daí que, a praxis seja espírito crítico, dado que fazer é transformar, incluído em âmbito gnoseológico. Assim, enquanto ser práxico, *"…o Homem é corporeidade necessária, complexidade implícita e transcendência contínua"* [2].

A teoria sempre manteve uma relação crítica e rigorosa com a prática. Porém, hoje defende-se que a praxis é simultaneamente teoria e prática e pressupõe a liberdade de criação e expressão. Á luz deste dualismo teoria/prática, a teoria não se projecta ou sobrepõe à prática, nem esta à teoria. Cada uma emerge e desenvolve-se no seio da outra. A unidade prática-teoria deve permitir à teoria ser ela mesma, para que possa perspectivar e antecipar uma nova prática. A prática implica acção no quotidiano da vida e supõe uma estreita relação entre compreensão, acção e mudança.

É clara a necessidade de reflexão quando se trata da solução de problemas complexos que reflectem e projectam a totalidade da vida humana, e, esta é a complexidade dos cuidados de enfermagem. *"Redescobrir, reapropriar-se, restaurar os saberes dos cuidados, a fim de nutrir e alimentar as práticas de cuidar, única forma de dar a conhecer social e economicamente a dimensão específica do exercício de enfermagem"* [4] . Foi a partir da prática ou experiência que nasceram todos os saberes, passando pela descoberta e aquisição pessoal. Todo o saber parte das realidades da vida. A própria teorização fundamenta-se na acção do sujeito. Elaborar saberes significativos e utilizáveis nos cuidados passa por grandes exigências e percursos de aprendizagem. *"Em sentido mais amplo e globalizador, a experiência é tudo o que se constitui no curso da vida, na confrontação quotidiana com o real, onde surge a necessidade de resolver problemas de toda a natureza"* [5]. De facto, a prática é social e material.

Aceitando estas premissas, será importante não nos apoiarmos em principios "*a priori* ", como sustentáculos de verdade e de certeza, mas, assumirmos uma postura de reconstrução de mais saber, na acção e na reflexão. Como adianta Gerard Malglaive *" (…) não é apenas um, mas são vários saberes que regem a acção:* **saberes teóricos** *que permitem conhecer o objecto e as suas modalidades de transformação…"; "(...)* **saberes processuais** *respeitantes aos modos de fazer…"; "(...)* **saberes práticos** *directamente ligados à acção e ao seu desenvolvimento..."; "(...)* **saberes-fazer**, *enfim, relativos à manifestação de actos humanos, motores na acção material, intelectuais na acção simbólica". "(...) outros, os saberes práticos e certamente os saberes-fazer, são muito mais do domínio da acção do que da palavra, embora possam criar a sua gíria própria e adquirir assim a sua autonomia específica"* [6].

Para este autor, o conjunto destes saberes forma uma totalidade, complexa e móvel, mas estruturada, operatória, quer dizer ajustada à acção e às suas diferentes ocorrências, que o mesmo chama ***"saberes em uso"***. Defende, ainda, a necessidade de agir para ampliar o saber prático e consolidar o saber teórico, centrando-se sobre os procedimentos e a processualização de cada actividade ou acção. Em suma, é *"…mudar de registo, ultrapassar as simples abstracções empíricas e entrar no domínio da abstracção reflexiva e no dos processos inter do pensamento"* [6].

No mundo de hoje, a enfermagem é, desta forma, reconhecida como uma profissão cujo centro está na inter relação entre aquele que presta cuidados e o que os recebe e ainda num contexto social que os possibilita. *"A acção de enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da*

saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro lado, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente" [7]. Os fenómenos da saúde e da doença não podem ser abordados de forma platonicamente teórica, ou tradicionalmente prática. Têm de ser entendidos e tratados, na complexidade cultural que os fundamenta e determina.

Este é o grande desafio dos cuidados de enfermagem: é preciso que os enfermeiros se transformem em produtos e produtores de cultura, através de uma hetero-estruturação, de uma inter-estruturação, de uma auto-estruturação. A cultura actual, demasiado economicista e materialista, não pode esquecer um convívio permanente com uma profissão que não se compreende indissociável daqueles valores, sem os quais, impossível se torna viver humanamente. Uma nova cidadania ecológica e planetária passará sempre por uma enfermagem que se renovou e renova, em sucessivas tentativas de acção e reflexão, de teoria e prática.

Referências

1. Kérouac S et al. El pensamiento enfermero. Barcelona : Masson; 1996, p.8.
2. Sérgio M et al. O sentido e acção. Lisboa: Instituto Piaget; 1999. p.171-216.
3. Gadamer HG. Langage et vérité. Paris: Gallimard ; 1995. p.269.
4. Collière MF. Cuidar…a primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003. p.116.
5. Costa MAM. Enfermeiros: dos percursos de formação à prática de cuidados. Lisboa: Fim de Século; 1998. p.23.
6. Malglaive G. Ensinar adultos. Porto: Porto; 1995. p.87-217.
7. Collière MF. Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989. p.285.

Artigo original

Assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos ao tratamento clínico e a cirurgia bariátrica

Martha Elisa Ferreira de Almeida, M.Sc.*, Priscila Dias Costa**

**Docente da Universidade Federal de Viçosa, **Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – UnilesteMG*

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos ao tratamento clínico e a cirurgia bariátrica. Foi aplicado um questionário estruturado a uma população de obesos (n = 10 pacientes submetidos à cirurgia bariátrica e n = 10 pacientes não submetidos à cirurgia) e outro questionário não estruturado a um (1) médico cirurgião. Todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica foram acompanhados pelo enfermeiro apenas no centro cirúrgico. Entre os pacientes não submetidos à cirurgia, a assistência foi prestada a apenas 40% destes. Não foi relatada a existência de trabalhos educativos realizados por estes profissionais que poderiam contribuir para a prevenção, controle e tratamento desta patologia. Concluiu-se que a assistência de enfermagem a pacientes portadores de obesidade é uma área de atuação que precisa ser melhor explorada, principalmente nos casos em que é realizada a cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: obesidade, cirurgia bariática, enfermagem.

Abstract

Nursing care to obese patients who underwent bariatric surgery and clinical treatment

The objective of this study was to evaluate the nursing care to obese patients who underwent bariatric surgery and clinical treatment. A structured questionnaire was applied to an obese population (n = 10 patients who underwent bariatric surgery and n = 10 patients who did not undergo surgery) and other non-structured questionnaire to one surgeon. All patients who underwent bariatric surgery were monitored by nurses only in the operating room. Only 40% of patients who did not undergo surgery received nurse care. It was not reported the existence of educational work done by these nurses which could contribute to the prevention, control and treatment of this pathology. We concluded that nursing care to patients with obesity is an area of work that needs to be better exploited, especially when bariatric surgery is performed.

Key-words: obesity, bariatric surgery, nursing.

Artigo recebido em 13 de abril de 2009; aceito em 28 de abril de 2009.
Endereço para correspondência: Martha Elisa Ferreira de Almeida, Universidade Federal de Viçosa, Campus Universitário, Caixa Postal 22, 38810-000 Rio Paranaíba MG, E-mail: martha.almeida@ufv.br

Resumen

Cuidados de enfermería en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y tratamiento clínico

El objetivo de este estudio fue evaluar la atención de enfermería en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y tratamiento clínico. Un cuestionario estructurado fue aplicado a una población de obesos (n = 10 pacientes sometidos a cirugía bariátrica y n = 10 pacientes no sometidos a cirugía) y otro cuestionario no estructurado a 1 cirujano. Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica fueron supervisados por enfermeras sólo en la sala de operaciones. Entre los pacientes no sometidos a cirugía sólo un 40% recibió atención por parte del enfermero. No hubo relatos de la existencia de trabajos educativos realizados por estos profesionales que podrían contribuir para la prevención, el control y el tratamiento de esta patología. Se concluyó que la atención de enfermería a pacientes con obesidad es un área de trabajo que debe explotarse mejor, especialmente en los casos en que se realiza la cirugía bariátrica.

Palabras-clave: obesidad, cirugía bariátrica, enfermería.

Introdução

A obesidade é uma síndrome crônica, não transmissível e multifatorial, caracterizada por um excessivo acúmulo de gordura ou de tecido adiposo no organismo, capaz de levar a um comprometimento da saúde, devido ao aumento dos riscos de desenvolvimento de doenças associadas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, coronariopatias, doenças respiratórias e doenças articulares degenerativas [1].

Dentre as causas da obesidade, os fatores genéticos estão envolvidos numa interação de variáveis como influências culturais, ambientais e psicológicas (ansiedade, estresse e depressão), assim como os mecanismos fisiológicos de regulação [2].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), a obesidade é considerada um problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo; e estima-se que o número de portadores de obesidade alcance índices epidêmicos nas próximas décadas, o que tem levado muitas pessoas a realizarem a cirurgia bariátrica [2].

Atualmente, tem sido recomendado que a redução de peso seja alcançada através de uma alimentação saudável e da prática de atividade física. Após o insucesso com estes dois métodos, uma opção seria os medicamentos e a psicoterapia; no entanto a maioria dos indivíduos portadores de obesidade mórbida não atinge sucesso através da utilização destes recursos. Para estes pacientes a cirurgia bariátrica têm sido o principal método para o tratamento, que deve ser aliado à reeducação alimentar e a atividade física [2].

As indicações para cirurgia bariátrica como tratamento da obesidade mórbida baseia-se em diversos fatores: Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40 kg/m² ou 35 kg/m² na presença de doenças associadas (hipertensão, diabetes *mellitus*); dificuldade de locomoção; ausência de causas endócrinas de obesidade; fracassos de métodos conservadores de emagrecimento e avaliação favorável das possibilidades psíquicas do paciente lidar com as transformações radicais de comportamento impostas pela operação [1].

Não basta que os profissionais de saúde que estejam conduzindo o tratamento focalizem a atenção na perda de peso, mas esta deve estar voltada para o fato de que a obesidade é uma doença crônica e sistêmica. Estabelecer ações para controle de complicações relacionadas à obesidade é essencial para o alcance dos resultados desejados [2].

O trabalho em equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, poderá oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes após a operação bariátrica, pois oferecem apoio constante para a busca de recuperação da saúde, da valorização da imagem corporal, da auto-estima e do re-equilíbrio social [3].

O profissional enfermeiro deve, portanto, instituir ações preventivas e paliativas para o controle e tratamento da obesidade, apresentando idéias e sugestões aos indivíduos portadores de tal patologia, para que estes adotem um estilo de vida com melhor qualidade, buscando um controle adequado de peso [4]. Na assistência a pacientes submetidos à cirurgia, este profissional deverá atuar em parceria com toda a equipe, elaborando rotinas e acompanhando a evolução do paciente, bem como participando de todas as etapas do tratamento; desde o pré-operatório, até o pós-operatório; pois ele tem um importante papel como elo de ligação entre os profissionais, o paciente

e seus familiares, buscando a obtenção de maior qualidade e melhores resultados no tratamento da doença [5].

Atuação do profissional enfermeiro na assistência a pacientes obesos

A proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais [6].

O profissional enfermeiro deverá desenvolver ações, tais como a sensibilização e treinamento das equipes; a valorização e conscientização do cuidado humanizado; a divulgação de informações corretas que respondam as dúvidas dos pacientes e familiares; a formação de grupos de apoio e orientação aos pacientes e a família, momentos de confraternização com a equipe de enfermagem, valorização do funcionário como ser humano e o desenvolvimento de programas de oportunidades internas para funcionários; buscando oferecer um atendimento de forma humanizada e de melhor qualidade aos pacientes portadores de obesidade [6].

As ações desenvolvidas requerem ética profissional, ou seja, devem seguir um conjunto de regras que rege as boas condutas profissionais para que possam ser reconhecidas como adequadas aos valores morais desta profissão. Deve existir sempre uma interação entre o ser que cuida e o ser cuidado, respeitando-se os valores culturais, as necessidades e os direitos do cidadão quando doente. À enfermagem cabe a responsabilidade primordial do "cuidado" com o ser humano, que necessita de atenção à saúde individual, familiar, de grupos e das comunidades [6].

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é essencial agregar à eficiência técnica e científica a uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades dos usuários e dos profissionais, acolha o desconhecido e imprevisível e aceite os limites de cada situação [6].

Estratégia de prevenção da obesidade em pacientes não submetidos à cirurgia bariátrica

O profissional enfermeiro deve instituir programas eficazes na prevenção e tratamento da obesidade, e apresentar estratégias para ajudar os indivíduos a adotar comportamentos e um estilo de vida que conduzam a um controle adequado do peso; tornando-se extremamente importante proceder à elaboração de programas de prevenção, que contribuam para a diminuição da incidência e da prevalência da obesidade. O Programa de mudança comportamental pode ser instituído pelo enfermeiro, podendo este, promover educação sobre a etiologia e a fisiopatologia da obesidade, orientar esses pacientes quanto a melhoria dos hábitos alimentares, a importância e a necessidade da realização de atividade física, a necessidade da busca de apoio familiar e do acompanhamento multidisciplinar de profissionais da saúde [4].

Torna-se necessário a intervenção deste profissional na avaliação do paciente, analisando o tipo físico, a constituição familiar, racial, fatores culturais, doenças associadas e fatores de risco [4].

É importante ressaltar a toda a população que a intervenção feita de maneira preventiva sobre a obesidade tende a ser mais fácil, menos cara e potencialmente mais efetiva; podendo criar programas de educação alimentar e de práticas de atividade física que possam ser levados as escolas a fim de orientar as crianças e jovens dos riscos da obesidade. Estes programas podem ser elaborados e realizados com a participação de pais e profissionais de educação para que haja obtenção de um sucesso maior [4].

Pacientes submetidos à cirurgia bariátrica

A assistência de enfermagem deve ser realizada de forma humanizada e sistematizada aos pacientes cirúrgicos no período perioperatório, visando uma recuperação mais rápida e menos traumática [6]. O profissional enfermeiro deverá participar de todas as etapas do tratamento. Acompanhamento do paciente no pré-operatório (consulta que deve ser realizada dias antes da cirurgia); preparo da unidade de internação para receber o paciente; preparo do centro cirúrgico, quanto aos equipamentos, materiais, medicamentos e instrumentais cirúrgicos; preparo dos técnicos de enfermagem e o auxílio ao procedimento anestésico-cirúrgico, atuando em parceria com as equipes do centro cirúrgico e das unidades de internação, elaborando rotinas e acompanhando a evolução do paciente [7].

Na consulta pré-operatória, o enfermeiro deverá realizar uma anamnese do paciente, exame físico completo, checagem dos exames pré-operatórios,

orientações de enfermagem e esclarecimento sobre a rotina pré, trans e pós-operatória, lista do enxoval de internação e avaliação do entendimento do paciente sobre a cirurgia; buscando proporcionar um preparo físico, psicológico e educacional [8].

Na visita pré-operatória, o enfermeiro deverá acolher o paciente e seus familiares; sendo também responsável pela apresentação às equipes do hospital. Na visita para alta hospitalar, o enfermeiro deverá orientar sobre a realização dos curativos em casa e programar o retorno para a retirada dos pontos. Na consulta de retirada dos pontos, o enfermeiro revisará a cicatrização da ferida operatória, orientará o paciente sobre cuidados com a ferida operatória e incluirá o paciente nas reuniões de grupo de apoio [8].

O profissional enfermeiro deve estar consciente das possíveis intervenções de enfermagem que possam vir a ser necessárias para evitar riscos, tanto para o paciente quanto para a equipe [7].

Além do atendimento ao paciente, o enfermeiro deverá organizar e participar das reuniões semanais com os demais membros da equipe (médicos, nutricionista e psicólogo). Também deverá ser responsável pela organização das reuniões pré e pós-operatória. Cabe ainda a esse profissional a participação em congressos, a apresentação de trabalhos e a realização de palestras e estudos sobre o tema obesidade [8].

A troca de informações entre os profissionais e a tomada de decisões em conjunto são fundamentais para o sucesso do tratamento. Sendo assim, à medida que o enfermeiro reconhece as necessidades dos pacientes obesos mórbidos, deve tornar-se parceiro deles em busca da promoção de seu bem-estar e da qualidade dos serviços prestados [7].

Este trabalho teve como objetivo avaliar a assistência de enfermagem a pacientes obesos submetidos ao tratamento clínico e a cirurgia bariátrica.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quali-quantitativa. A população foi composta de 10 pacientes obesos que se submeteram à cirurgia bariátrica; 10 pacientes obesos não submetidos à cirurgia e um (1) médico cirurgião. Todos os pacientes foram selecionados a partir de prontuários disponíveis em Unidades Básicas de Saúde do Vale do Aço.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com base na Resolução 196/96 [9], foi aplicado a estes indivíduos um questionário estruturado com 15 perguntas relacionadas à assistência recebida por profissionais de saúde para orientações e acompanhamento da patologia. Também foi aplicado um questionário não estruturado a um médico que realiza as técnicas de cirurgia bariátrica, composto de questões sobre as técnicas cirúrgicas utilizadas e a atuação do profissional enfermeiro na assistência a pacientes submetidos à cirurgia na região do Vale do Aço.

Resultados e discussão

Dos 20 participantes da pesquisa, 80% eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino; sendo que dos 10 indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica, 90% eram do sexo feminino e 10% do sexo masculino, podendo observar que a porcentagem de mulheres que procuraram o tratamento cirúrgico para obesidade foi maior que a de homens. Dos 10 indivíduos não submetidos à cirurgia, 70% eram do sexo feminino e 30% do sexo masculino. Neste estudo as mulheres apresentaram uma maior prevalência de obesidade, entretanto, pode ocorrer um viés dos resultados quando se analisa obesidade e sexo, uma vez que a maior prevalência da obesidade no sexo feminino pode estar relacionada com a maior procura dos indivíduos de tal sexo pelos serviços oferecidos nas Unidades de Saúde.

Estima-se que no Brasil, 26,5% das mulheres e 22% dos homens apresentam excesso de peso, 11,2% das mulheres e 4,7% dos homens apresentam obesidade grau I e II e que 0,5% das mulheres e 0,1% dos homens apresentam obesidade grau III [10]; confirmando os dados do estudo que demonstram uma maior proporção de mulheres com excesso de peso quando comparadas aos homens. Indivíduos do sexo feminino são mais predisponentes ao aparecimento desta patologia pela utilização de anticoncepcionais e do processo da gestação. Segundo Ballone [11], os homens têm maiores taxas metabólicas que as mulheres, necessitando assim de mais calorias para manter seu peso corpóreo.

Os pacientes portadores de obesidade mórbida e que foram submetidos à cirurgia apresentaram idade entre 21-48 anos (33,2 ± 11,39), e os pacientes portadores de obesidade não submetidos à cirurgia apresentaram idade entre 27-63 anos (47,8 ± 10,06).

Segundo o estudo de Ballone [11], com 50 pacientes portadores de obesidade mórbida, a idade

média encontrada foi de 39,5 anos, apresentando um perfil de idade semelhante aos dos indivíduos do presente estudo. Este perfil pode estar relacionado com a diminuição da taxa metabólica ocorrida com o avançar da idade, pois o indivíduo não precisa de uma grande quantidade de calorias para manter seu peso; conforme a idade avança, a quantidade de músculos tende a diminuir e a gordura passa a representar uma maior porcentagem corporal [11].

O IMC pregresso (antes da cirurgia) dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica variou de 36,13 a 43,11 kg/m^2 (40,47 ± 2,39); e o IMC atual (pós-cirurgia) variou de 22,76 a 33,62 kg/m^2 (26,15 ± 3,20); quando avaliado o IMC dos indivíduos portadores de obesidade que não realizaram cirurgia o IMC variou de 30,90 a 40,15 kg/m^2 (35,45 ± 3,470).

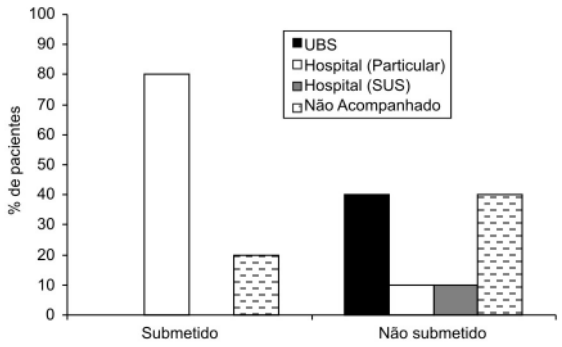
Segundo Porto [10], o índice de massa corpórea (IMC) médio, encontrado em pacientes pré-cirúrgicos atendidos num ambulatório de obesidade de um hospital universitário em Salvador (Bahia) foi de 47 ± 60 kg/m^2.

O peso médio encontrado nos indivíduos que foram submetidos à cirurgia foi de 106,8 ± 5,33 kg (87 a 140 kg) antes da realização da cirurgia e de 69,1 ± 12,58 kg (54 a 90 kg) após sua realização; enquanto nos indivíduos portadores de obesidade não submetidos à cirurgia o peso médio encontrado foi de 88 ± 12,13 kg (80 a 108 kg). A porcentagem de peso perdido após a cirurgia variou de 18,2 a 43,75% (35,3 ± 7,31%) do peso total antes da cirurgia. No estudo de Porto [10], o peso médio foi de 118 ± 21 kg (84,6 a 230 kg); sendo superior ao encontrado no presente estudo.

Em relação ao tempo que foram portadores de obesidade; nos indivíduos submetidos à cirurgia, 40% dos entrevistados foram obesos de 1 a 5 anos; 50% por mais de 5 anos e 10% desde a adolescência; enquanto nos indivíduos não submetidos à cirurgia, 80% foram obesos por mais de 5 anos e 20% desde a adolescência. Porto [10] observou que 36% tornaram-se obesos na infância, 14% durante a puberdade, 33% nas sucessivas gestações e 17% durante outros períodos da vida.

Quanto ao local onde os indivíduos realizavam acompanhamento da patologia; 80% dos indivíduos submetidos à cirurgia eram atendidos em hospitais particulares, enquanto os portadores de obesidade que não realizaram a cirurgia, 40% faziam acompanhamento em Unidade Básica de Saúde e 40% não faziam acompanhamento no momento do estudo (Figura 1).

Figura 1 - Classificação dos indivíduos segundo o local de acompanhamento da patologia. Ipatinga, Minas Gerais, 2005.



Quando questionados sobre os profissionais que os orientaram sobre esta patologia, 100% dos indivíduos que foram submetidos à cirurgia afirmaram terem sido orientados pelo médico e pelo nutricionista através de consultas; enquanto os indivíduos não submetidos à cirurgia, 90% já foram orientados pelo médico, 40% pelo enfermeiro, 10% pelo técnico de enfermagem e 50% pelo nutricionista. Segundo Pinheiro [12], os profissionais de saúde precisam assumir seu papel para construção de um plano de atividades, junto ao usuário dos serviços de saúde, buscando produzir respostas aos problemas de saúde da população. Há necessidade de uma ação multidisciplinar nesses serviços, procurando descobrir caminhos capazes de mudar o processo saúde/doença, investindo mais na prevenção da patologia para encontrar melhores resultados nas práticas de saúde.

Todos os pacientes não submetidos à cirurgia relataram ter recebido orientações específicas para perda de peso; 100% fizeram tratamento dietético e receberam indicação para realização de atividades física e 70% receberam tratamento medicamentoso. Segundo Branco Filho [13], as várias iniciativas de tratamentos clínicos (dietas, medicamentos e psicoterapia) têm sido eficazes apenas em um pequeno número de casos, pois, na maioria das vezes, após algum emagrecimento o indivíduo volta a engordar.

Quando questionados sobre o atendimento realizado pelo enfermeiro quanto à obesidade, nenhum indivíduo submetido à cirurgia bariátrica foi atendido por ele, enquanto 40% dos não submetidos à cirurgia receberam orientações sobre a patologia pelo enfermeiro.

Todos os indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica afirmaram que a equipe de enfermagem teve importância no momento da realização da cirurgia, entretanto nenhum indivíduo afirmou ter recebido assistência do profissional enfermeiro durante a cirurgia, ressaltando que a assistência de enfermagem ao paciente obeso mórbido é mais um campo a ser conquistado pelo profissional enfermeiro [7].

Quando questionados sobre a importância da atuação do profissional enfermeiro na assistência à pacientes obesos, 100% dos indivíduos não submetidos à cirurgia relataram ser de extrema relevância. Quando questionados sobre a sua importância, 30% relataram uma maior facilidade de contato com este profissional, 100% afirmaram ser mais uma opção profissional disponível para assistência ao paciente portador de obesidade e outros (20%) afirmaram que possuem maior facilidade para conversar, explicar e receber orientações deste profissional.

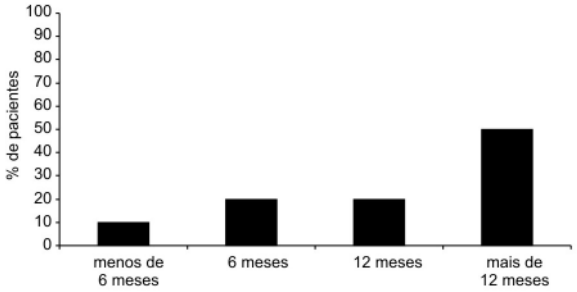
Os obesos não submetidos à cirurgia quando questionados sobre a atuação do enfermeiro, 100% deles afirmaram que este profissional deveria atuar de forma mais intensiva e direta na prevenção e no tratamento desta patologia. Dos indivíduos não submetidos à cirurgia bariátrica, 30% afirmaram que o enfermeiro deveria realizar palestras educativas em Unidade Básica de Saúde (UBS) e escolas sobre a obesidade; 90% achavam que o enfermeiro deveria realizar consultas de enfermagem em UBS, 70% achavam que deveria realizar visita domiciliar, divulgando informações sobre a patologia e 10% gostariam que existissem programas de atenção à obesidade, com acompanhamento dos pacientes e com orientações sobre: exercício físico, medicações para obesidade, maior divulgação e informações sobre as técnicas cirúrgicas que existem para o tratamento da obesidade mórbida. Segundo Anderson [14], o enfermeiro em qualquer estrutura de atenção a saúde pode ser de grande validade para ajudar o paciente a entender e aceitar o seu plano de atenção nutricional. Este profissional pode ser membro da equipe que encaminha o paciente ao nutricionista ou pode levar os serviços de nutrição aos lares dos pacientes, fazendo um trabalho educacional.

Quando questionados sobre a técnica cirúrgica realizada, 90% dos indivíduos afirmaram ter-se submetido à técnica Capella-Fobi e 10% não sabiam afirmar a técnica utilizada.

A cirurgia para tratamento da obesidade mórbida iniciou-se na década de 50 com operações que causavam má absorção e que foram abandonadas no fim da década de 70 pelos seus efeitos indesejáveis, graves e freqüentes, tais como: diarréia, desidratação, vômitos, dor abdominal, problemas hepáticos e cirrose. A partir de então, passaram a predominar os procedimentos que limitam a ingestão de alimentos ou a sua absorção. Dentre as técnicas cirúrgicas atuais, a mais utilizada é a de Capella-Fobi, uma técnica mista, ou seja, restritiva e disabsortiva que é de extrema importância no tratamento da obesidade mórbida, por ser capaz de reduzir ou até mesmo eliminar as principais co-morbidades relacionadas ao excesso de peso e, com isso, trazer melhorias na qualidade de vida do paciente [15].

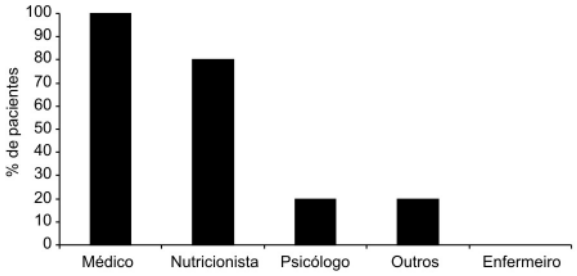
Na Figura 2 observa-se que 50% dos pacientes estudados realizaram a cirurgia há mais de um ano, podendo assim, justificar a elevada porcentagem de perda de peso descrita anteriormente.

Figura 2 - Tempo de realização da cirurgia bariátrica. Ipatinga, Minas Gerais, 2005.



Todos os indivíduos submetidos à cirurgia recebiam ou receberam acompanhamento profissional pós-cirurgia bariátrica. De acordo com a figura 3 observa-se que nenhum recebeu acompanhamento pós-cirúrgico do enfermeiro, entretanto 20% receberam orientações específicas de outros profissionais como *personal trainer* e fisioterapeuta.

Figura 3 - Classificação dos indivíduos submetidos à cirurgia bariátrica segundo o profissional que acompanha ou acompanhou a evolução do paciente. Ipatinga, Minas Gerais, 2005.



Segundo Cordas [16], o trabalho pré e pós-cirúrgico deve incluir uma adequada atuação de uma equipe multiprofissional conduzindo a avaliação diagnóstica e o tratamento farmacológico, administrando psicoterapia individual, conjugal ou familiar, com orientações específicas sobre a operação, visando discutir e adequar as expectativas do paciente às limitações do tratamento cirúrgico. Há que se prevenir o abandono do seguimento pós-cirúrgico, pois o paciente acredita já ter resolvido todos os seus problemas com a cirurgia. As mudanças ocorridas após a operação são muitas, tanto em nível comportamental como em nível físico e psíquico, o que torna muito importante o trabalho em equipe multidisciplinar.

Foi entrevistado um médico cirurgião que realizava a cirurgia bariátrica na região do Vale de Aço. Segue a entrevista realizada.

1. Quais são os tipos de cirurgia bariátrica e qual é o tipo mais realizado?
   "Existem três tipos de cirurgia bariátrica, podendo ser realizado qualquer um dos tipos, variando de acordo com o paciente. Elas podem ser: restritivas - são as que restringem a ingestão de alimentos; como por exemplo, a cirurgia de banda gástrica; disabsortivas - que proporcionam má absorção dos alimentos ingeridos – tendo o intestino como foco –, nesta o paciente pode ingerir grandes quantidades de alimentos sendo a cirurgia de Scorpinaro um exemplo desta técnica; ou mistas - restringem e proporcionam má absorção do alimento, nesta técnica o estômago é separado em dois, uma parte é excluída, fica fora do trânsito alimentar, e a outra parte é ligada a um segmento do intestino delgado, a técnica de Capella-Fobi é um exemplo. O tipo de cirurgia que eu mais realizo é a técnica de Capella-Fobi; 95% dos casos, a perda de peso é em torno de 40% do peso total do paciente."

2. A recuperação do paciente é melhor (mais rápida), em qual tipo de cirurgia?
   "A recuperação da cirurgia varia de paciente para paciente, mas a recuperação da técnica cirúrgica tipo Capella-Fobi, na maioria das vezes, se o paciente possui acompanhamento profissional, e segue as orientações, não tem complicações; e com o passar de poucos meses o paciente volta a ingerir os alimentos antes da cirurgia ingeridos, com a diferença de menores porções. A recuperação dos pacientes nas cirurgias restritivas (banda gástrica, por exemplo) é mais simples, pois esta técnica apresenta menos complicações, porém a perda de peso é menor."

3. Há quanto tempo realiza a cirurgia bariátrica?
   "Há quatro anos eu comecei estas técnicas cirúrgicas na região do Vale do Aço. Fui o primeiro médico-cirurgião a realizá-las aqui na região."

4. Quais são os profissionais que estão presentes durante o ato cirúrgico (enfermeiro, auxiliares de enfermagem, médico)?
   "Durante o ato cirúrgico estão presentes os mesmos profissionais de qualquer outra cirurgia. São eles: médico-cirurgião, anestesista e auxiliar de enfermagem."

5. Como o profissional enfermeiro atua na assistência aos pacientes que se submeterão a cirurgia bariátrica?
   "O enfermeiro é responsável pelo bloco cirúrgico, sendo responsável pela separação e organização do material (instrumentos). Não é realizada consulta de enfermagem para estes pacientes, e também não existe acompanhamento deste profissional ao paciente pós-cirúrgico."

6. As orientações sobre a cirurgia são passadas aos pacientes através de quais profissionais?
   "São passadas orientações aos pacientes antes e após a cirurgia, pelo próprio médico ou pelo nutricionista (no caso de informações nutricionais), orientações sobre a cirurgia, sobre o pós-operatório, e esclarecimentos de dúvidas dos pacientes. Após a realização da cirurgia o paciente tem acompanhamento multidisciplinar: médico, nutricional e se necessário psicológico e/ou psiquiátrico."

7. A equipe multidisciplinar é composta por quais profissionais?
   "A equipe profissional é composta por médico-cirurgião, endocrinologista, pneumologista, cardiologista, psicólogo, psiquiatra e nutricionista."

8. No retorno dos pacientes, após a realização da cirurgia bariátrica, sempre há indicação de suplementos alimentares? Quais?
   "Sempre há necessidade da indicação de suple-

mentos alimentares aos pacientes pós-cirúrgicos, pois estes passam a apresentar deficiências nutricionais geralmente de vitamina B12, ferro (principalmente as mulheres por causa da menstruação), minerais, cálcio, podendo variar de acordo com a necessidade de cada paciente."

9. Existe acompanhamento de quais profissionais aos pacientes pré e pós-cirúrgico?
"Antes da realização da cirurgia bariátrica, os pacientes são submetidos a consultas e exames com endocrinologista (avaliação de glândulas e hormônios), pneumologista, cardiologista, nutricionista, psicólogo e se necessário psiquiatra. Após a realização da cirurgia é necessário um rígido acompanhamento por profissionais médico, nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra. Periodicamente são realizados avaliações e exames como, por exemplo, as endoscopias para acompanhar assim a evolução de cada paciente."

10. O índice de massa corporal (IMC) e as doenças associadas são sempre fatores determinantes para a realização da cirurgia?
"As cirurgias bariátricas geralmente são realizadas com pacientes que possuem IMC > 40 kg/m^2 ou IMC > 35 kg/m^2 e possuem doenças associadas à obesidade (como por exemplo, diabetes *mellitus* e hipertensão). Podem ser realizadas com pacientes que possuem IMC < 35 kg/m^2 por razão estética; sendo que se for este o caso, a cirurgia a ser feita é a de banda gástrica (porque os planos de saúde não cobrem)."

11. Qual a sua conduta com pacientes que fazem a cirurgia e, após um ano da sua realização, voltam a ganhar peso? Já ocorreu algum caso? Por que isto pode acontecer?
"Alguns pacientes após um determinado período (geralmente um ano), voltam a ganhar peso, é necessário então investigar e descobrir o motivo desse fato; por exemplo, isto pode ocorrer devido a algum problema cirúrgico, se for este o caso, então serão realizados todos os exames necessários, e poderá então ser realizado outro tipo de cirurgia ou até a mesma cirurgia novamente. Pode ocorrer também com pacientes que não se submetem a mudar os hábitos alimentares, podendo estes então fazer a ingestão de pequena quantidade de alimentos (devido à cirurgia), porém alimentos muito calóricos; se o caso for este, o paciente é encaminhado para um nutricionista e um psicólogo e/ou psiquiatra se necessário para ser feito um acompanhamento eficaz da evolução do paciente."

Após a análise desta entrevista conclui-se que a região do Vale do Aço não possui assistência de enfermagem a pacientes portadores de obesidade mórbida que necessitam de tratamento cirúrgico. O profissional enfermeiro está presente apenas no momento da cirurgia (trans-operatório), sendo o responsável pelo bloco cirúrgico, não existindo profissionais especializados na área. Não é realizado acompanhamento dos pacientes no pré ou pós-cirúrgico por parte destes profissionais, sendo que segundo Schmitt [7] a atuação do enfermeiro na assistência a pacientes portadores de obesidade mórbida tem um grande valor, pois ajuda o indivíduo submetido ao procedimento cirúrgico e sua família a compreender com mais facilidade as mudanças ocorridas e buscam um ambiente de cooperação e entendimento entre os profissionais de saúde, o paciente e seus familiares.

Conclusão

De acordo com os resultados encontrados, os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica não possuíam acompanhamento do profissional enfermeiro no pré ou pós-operatório, só existindo este profissional no centro cirúrgico do hospital, inexistindo, portanto, a assistência do enfermeiro a estes pacientes. Quando analisados os indivíduos portadores de obesidade que não realizaram a cirurgia, observou-se que apenas 40% deles eram assistidos pelo profissional enfermeiro em Unidades Básicas de Saúde. Não foi relatada a existência de trabalhos educativos realizados por estes profissionais, seja em escolas, visita domiciliar ou campanhas desenvolvidas por estes. Observou-se que a população encontrava-se receptiva e interessada em receber orientações, informações e cuidados prestados por este profissional, podendo assim contribuir para a prevenção, controle e tratamento desta patologia, muito frequente na atualidade e capaz de aumentar os riscos de outras doenças como hipertensão arterial, coronariopatias e diabetes *mellitus*.

A assistência de enfermagem a pacientes portadores de obesidade é uma área de atuação deste profissional que precisa ser desenvolvida e explo-

rada. É necessário que o enfermeiro reconheça sua importância neste papel e busque desenvolver ações capazes de assistir e colaborar com a população portadora desta patologia. O enfermeiro deve fazer parte da equipe multidisciplinar que acompanha o paciente cirúrgico, participando de todas as etapas do tratamento, realizando consultas de enfermagem pré e pós-cirúrgica, acompanhando o paciente no momento da cirurgia e observando sua evolução, tornando-se parceiro e buscando promover a qualidade dos serviços prestados, além do bem-estar deste paciente.

Referências

1. Dalabona CC, Branco Filho AJB, Hecke HC, Ortellado JM, Quadros MRR. Perfil do obeso mórbido candidato à cirurgia bariátrica atendido pelo ambulatório de nutrição da Santa Casa de Misericórdia PUC/PR. Nutrição em Pauta 2005;13(70).
2. Laquatra I. Nutrição para o controle de peso. In: Mahan LK, Escott-Stump, S. Alimentos, nutrição & dietoterapia. 11a ed. São Paulo: Roca; 2005. p.534-67.
3. Vilas-Bôas ML, Pinto LO, Oliveira I. Trabalho em equipe é fundamental para cirurgia bariátrica [online]. [citado 2005 Jan 10]. Disponível em URL: http://www.cfn.org.br
4. Costa CAQ. Psicoterapia comportamental e cognitiva na promoção a saúde: Intervenção na obesidade [online]. [citado 2005 Mar 22]; Disponível em URL: http://enfermeirocarloscosta.plane-taclix.pt
5. Repetto G, Rizzoli J, Casagrande D. Cirurgia bariátrica: um tratamento cirúrgico ou clínico? A importância da equipe multidisciplinar [online]. [citado 2005 Jan 6]. Disponível em: URL http://www.abeso.org.br.
6. Ribas ERS, Carrozzo N, Cembranelli F, Paiva VL, Baremblitt G, Betts JA. Humanização no serviço de saúde [online]. [citado 2005 Abr 6]. Disponível em URL: http://www.-portalhumaniza.org.br
7. Schmitt TM. Cirurgia da obesidade mórbida: Atuação da enfermeira em uma equipe multidisciplinar. Revista SOBECC 2004;9(4):15-8.
8. Pereira AA, Pereira EA, Linassi E, Furian RG, Santos JM. Atuação do enfermeiro em equipe interdisciplinar na cirurgia bariátrica [online]. [citado 2005 Mar 2]. Disponível em URL: http://www.equilibrium.med.br
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.
10. Porto MCV, Brito IT, Calfa ADF, Amoras M,Villela NB, Araújo LMB. Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador. Arq Bras Endocrinol Metab 2002;46(6):668-73.
11. Ballone GJ. Tratamento psiquiátrico da obesidade [online]. [citado 2005 Fev 1]. Disponível em URL: http://www.psiqweb.med.br
12. Pinheiro AR, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. Rev Nutr 2004;17(4):523-33.
13. Branco Filho AJ, Zacarias JA, Quadros MRR. Análise da evolução dietética no pós-operatório de cirurgia bariátrica. Nutrição em Pauta 2005;13(72).
14. Anderson L, Dibble MV, Turkki PR, Mitchell HS, Rynbergen HJ. Nutrição. 17a ed. Rio de Janeiro: Guanabara;1998.
15. Cruz MRR, Morimoto IMI. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. Rev Nutr 2004;17(2):263-72.
16. Cordás TA, Lopes Filho AP, Segal A. Transtorno alimentar e cirurgia bariátrica: relato de caso. Arq Bras Endocrinol Metab 2004;48(4):564-71.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2009;8(3)

Artigo original

Compartilhando os sentimentos e os pensamentos sobre a morte e o processo de morrer

Teresa Cristina Prochet*

**Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no Programa Saúde do Adulto – USP, Diretora do Núcleo de Epidemiologia e Estatística do Hospital Regional de Assis da Secretaria de Estado da Saúde, Docente das disciplinas de Ética Profissional e Deontologia e de Introdução à Enfermagem no Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq*

Resumo

Objetivo: Revelar o conceito de morte e os sentimentos percebidos pelos estudantes de enfermagem frente à própria morte. *Material e métodos*: Estudo descritivo qualitativo desenvolvido com 34 graduandos de enfermagem. As questões norteadoras do estudo se alicerçaram – O que para você é morte? O que você sente, pensa e percebe sobre sua morte? *Resultados:* As categorias sobre o significado da morte foram: fim com passagem para outra vida; perda do sentido da vida, o verdadeiro fim; deixar de ser; normal apesar de indefinido; um descanso da realidade; dor e sofrimento, pois é ficar só e interrupção do funcionamento orgânico dos sistemas corporais. Os sentimentos sobre a morte foram categorizados: tragédia e a certeza do sofrimento físico e/ou espiritual; medo do desconhecido; medo da missão não cumprida e frustração com a perda dos sonhos; alívio e descanso da vida vivida; tristeza e preocupação com os familiares; desejo de que seja livre de sofrimento e negação de sua existência. *Conclusão*: A morte talvez seja um dos grandes mistérios da existência do ser humano, demandando esforços para seu entendimento e aceitação no contexto histórico da evolução do pensamento.

Palavras-chave: enfermagem, comunicação em saúde, tanatologia.

Abstract

Sharing feelings and thoughts about death and the process of dying

Objective: Revealing the concept of death and the feelings noticed by the nursing students when facing death. *Methods:* This is a descriptive qualitative study with 34 nursing graduate students. The main questions of the study were: What is death to you? What do feel, think and realize about your death? *Results:* The categories about the meaning of death were: end with passage to another life; loss of the sense of life; the real end; not to be anymore; normal in spite of undefined; a rest of reality; pain and suffering, because it involves being alone and the organic interruption of the body systems. The feelings about death were grouped into tragedy and certainty of physical and/or spiritual suffering; fear of the unknown; fear of a not accomplished mission and frustration with the loss of dreams; relief and rest of a lived life; sadness and worries with

Artigo recebido em 5 de janeiro de 2009; aceito em 8 de maio de 2009.
Endereço para correspondência: Teresa Cristina Prochet, Rua Sebastião da Silva Leite 243, 19814-370 Assis SP, Tel: (18) 3322-6721, E-mail: prochet@uol.com.br

relatives; desire to be free of suffering and denial of his/her existence. *Conclusion:* Death may be one of the greatest mysteries of the existence of the human being, demanding efforts for its understanding and acceptance in the historical context of the evolution of the thought.

Key-words: nursing, health communication, thanatology.

Resumen

Compartiendo los sentimientos y pensamientos sobre la muerte y el proceso de muerte

Objetivo: Mostrar el concepto de la muerte y los sentimientos percibidos por estudiantes de enfermería frente a la muerte en sí. *Material y métodos:* Estudio descriptivo cualitativo desarrollado con 34 estudiantes de posgrado de enfermería. Se utilizaron las siguientes preguntas norteadoras: ¿Qué es para usted la muerte? ¿Cómo te sientes, piensas y percibes tu muerte? *Resultados:* Las categorías sobre el significado de la muerte fueron: fin con el paso a otra vida, pérdida del sentido de la vida, verdadero final de la vida; la no existencia; normal a pesar de indeterminado; un descanso de la realidad, del dolor y del sufrimiento, porque se está sólo y la interrupción del funcionamiento de los sistemas orgánicos del cuerpo. Los sentimientos sobre la muerte fueron clasificados en: tragedia y la certeza de sufrimiento físico y/o espiritual; miedo a lo desconocido, el miedo de no haber cumplido la misión y la frustración con la pérdida de los sueños; alivio e descanso de la vida ya vivida, la tristeza y la preocupación por la familia; deseo de ser libre del sufrimiento y la negación de su existencia. *Conclusión***:** Quizás la muerte sea uno de los grandes misterios de la existencia de los seres humanos, exigiendo esfuerzos para la comprensión y aceptación en el contexto histórico de la evolución del pensamiento.

Palabras-clave: enfermería, comunicación en salud, tanatología.

Introdução

Por volta de 1970, chega ao Brasil a Tanatologia, ciência que estuda a morte e o morrer, que foi baseada nos estudos de Kubler-Ross [1], que primeiramente tinha o objetivo de auxiliar os pacientes terminais a vivenciar seus últimos dias com a melhor qualidade de vida que fosse possível. Porém, com as experiências que foram sendo acumuladas nessa temática percebeu-se que ela deveria se expandir ao atendimento da família desde o início da doença considerada terminal e se estender à elaboração do luto após a morte. Segundo Horta [2], isso acabou envolvendo também os profissionais de saúde, pois eles cuidam dessas pessoas e precisam entender as perdas pessoais e, assim, conseguir de fato não só ajudar ao paciente e a família a enfrentarem o processo de morte e de morrer, mas também a se compreender como indivíduos que sofrem e que vivem as mesmas angústias.

A representação da morte sobre influência histórica e cultural sempre foi considerada um tabu. Na idade média a morte foi denominada de morte domada e era anunciada por signos naturais e ritualizada pela expressão de tristeza e dor, onde os mais bem sucedidos socialmente eram enterrados nas igrejas para ficarem próximos aos santos. Entretanto, por medo da insalubridade os cemitérios foram criados e estes ficavam longe das cidades.

Posteriormente, nos séculos XIV e XV, a morte passou para a fase da preocupação com o que poderia vir depois da morte, o medo do julgamento final e a busca pelo paraíso estava condicionada às transmissões de bens, às confissões dos pecados e às missas de corpo presente. Nessa ocasião, eram comuns rituais como o uso de véu como proteção da própria morte e da cor preta como disfarce, para o fantasma do morto não fazer o reconhecimento de quem o estava usando. Essas atitudes simbolizavam a noite e expressavam o abandono e a tristeza, sugerindo a necessidade de cuidado especial com o enlutado.

Já nos séculos XVI e XVII, a morte foi caracterizada pela fase da vida no cadáver ou vida na morte, onde a ambivalência era exposta para a concretização da perda.

No século XIX passamos para a fase da morte do outro ou a morte romântica, em que a possibilidade do reencontro com o ser amado poderia ser possível. No século XX já tivemos a fase da morte invertida, analisada e avaliada como sendo algo vergonhoso, que demonstrava falha, fracasso, imperícia. Nessa ocasião, houve investimento de equipamentos que pudessem prolongar a vida e o momento da

morte era decidido pela família e pela equipe. A morte repentina passa a ser considerada como algo bom, onde a culpa pode ficar diluída.

A morte no século XXI é vista como tabu, interdita, vergonhosa; por outro lado, o grande desenvolvimento da medicina permitiu a cura de várias doenças e um prolongamento da vida. Entretanto, desenvolvimento pode levar a um impasse quando se trata de buscar a cura e salvar uma vida, com todo o empenho possível, num contexto de missão dita como impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente. Esta atitude de tentar preservar a vida a todo custo é responsável por um dos maiores temores do ser humano na atualidade, que é o de ter a sua vida mantida nas custas de muito sofrimento, solitário numa UTI, ou quarto de hospital, tendo por companhia apenas tubos e máquinas [3].

Contudo, há de se considerar que o homem é um ser social que se encontra inserido nas mais diversas relações sociais: pensa, reflete, sente e age como um indivíduo que vive e morre. Isso faz o homem conviver com possibilidades de ganhos e perdas, nem sempre controláveis como ele desejaria.

Tanto a morte quanto o morrer são fenômenos dinâmicos dentro do processo da vida. Nos dias de hoje e na visão ocidental a morte é considerada como uma etapa final da vida o que acaba por constituir-se num grande desafio a ser enfrentando. Desafio este que causa no homem inquietações, principalmente pelas múltiplas reações que são apoiadas nos tabus e medos específicos do desenvolvimento cultural e científico.

O medo da morte é uma reação universal, independente da idade, gênero, nível sócio-econômico e de credo religioso. Está ligado mais a outras causas, como medo do abandono, da solidão, da finitude e da extinção. Medo esse que causa preocupação e que gera ansiedade.

O fato é que a morte está presente na vida do indivíduo e com ela temos o luto. Este, normalmente, é encarado como um processo do qual são elaboradas as diversas perdas. Contudo, por maiores sofrimentos que o luto seja capaz de nos provocar, ele nos dá a oportunidade de reconstruir, utilizar recursos e fazer adaptações às mudanças da nossa própria vida, dando a ela um novo sentido.

Mas afinal o que é morte? O conceito de morte utilizado pelos profissionais de saúde e que impera no meio científico, é o da morte cerebral. Segundo o Conselho Federal de Medicina [4], é a ausência de atividade elétrica encefálica e de pressão arterial, irresponsividade aos estímulos internos e externos, com ausência de reflexos superficiais e profundos, com presença de flacidez muscular generalizada e dilatação pupilar bilateral.

Cabe aqui ressaltar que o objetivo da tanatologia é promover subsídios teórico-práticos sobre a morte e o processo de morrer. Nada mais é do que um facilitar para o manejo de um cuidado tão pouco explorado na construção das habilidades dos profissionais de saúde. A tanatologia traz para os profissionais de saúde uma forma de possibilitar recuperar valores, compreender o outro, rever conceitos e acima de tudo buscar estratégias para lidar com o processo de luto [1,3].

A convivência com a morte faz parte do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, ela sem dúvida causa sobrecarga emocional, ansiedade e até depressão. Tal situação fica gravada com a detecção de que o preparo desses profissionais tem sido reduzido aos aspectos de desenvolvimento de habilidades técnicas e fundamentos teóricos da fisiopatologia, o que de certa forma, vem revelar uma assistência despersonalizada, tecnicista, mecanicista e fragmentada [5].

Entretanto, a presença da equipe de enfermagem junto aos pacientes e aos familiares e a natureza das relações que estabelecem com os mesmos conferem à enfermagem a capacidade de contribuir de forma singular na busca de soluções para os conflitos próprios desta área [6].

O medo e as tensões que a morte provoca no ser humano, seja em relação à sua própria pessoa, de um ente querido ou mesmo no exercício profissional, deixam em evidência sentimentos de impotência, raiva, tristeza e negação, entre outros, que precisam ser mais discutidos e analisados, de modo a propiciar um enfrentamento efetivo da morte e do processo de morrer [1,7].

Sendo assim, a busca pela compreensão das estratégias de enfrentamento da angústia e de medo tão comum que a morte traz ao ser humano é essencial na enfermagem visto que eles são profissionais da enfermagem que lidam com a morte no cotidiano do trabalho, tanto como realidade que enfrenta ao cuidar daquele que se encontra em processo de morte e de morrer, quanto na possibilidade de morte próxima que permeia o imaginário de qualquer pessoa que vivencia um processo de doença.

Elias [8] afirma que a nossa incapacidade de dar àqueles que morrem a ajuda e afeição de que mais que nunca precisam, quando se despedem dos

outros seres humanos, acontece por que a morte do outro representa a lembrança de nossa própria morte. Segundo o autor, a visão da pessoa que vivencia seu processo de morte e de morrer abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte.

Baraldi & Silva [9] afirmam que a terminalidade lenta e, na maioria das vezes, institucionalizada reflete diretamente na equipe de enfermagem, até porque as características dos cuidados aos pacientes têm cada vez mais se tornado complexas. Logo, a atuação da equipe de enfermagem é indispensável para favorecer o máximo de conforto ao paciente, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com toda dignidade que tem direito. Em outras palavras, a enfermagem assume a responsabilidade de ajudar o ser humano a buscar qualidade de vida. Quando já não é possível acrescentar quantidade, o foco passa a ser o como viver e não o quanto viver.

Esse tipo de cuidado, no qual a qualidade e o todo são respeitados, só é possível acontecer quando o enfermeiro faz uso de suas habilidades de comunicação ao proporcionar o cuidado àquele que vivencia o processo de morrer [6]. A comunicação é a interação entre duas ou mais pessoas, constitui um instrumento primordial para alcançar uma relação interpessoal terapêutica apropriada a esse fim.

Sabe-se que todo o processo de comunicação interpessoal que é estabelecido entre o paciente e quem dele cuida é muito subjetivo, pois envolve percepção, compreensão e transmissão de mensagem nas duas vias. Para caracterizar essa interação não basta o uso da comunicação verbal, é preciso dar emoções que permita ao ser humano compreender não só o que significa as palavras, mas também o sentimento que elas representam e expressam [10].

A dimensão não-verbal da comunicação vai ser utilizada para permitir a demonstração desses sentimentos. Ela é concedida pelo jeito e tom de voz com que as palavras são ditas, pelos olhares e expressões faciais, pelo respeito ao espaço pessoal e territorial do outro, pela postura corporal assumida e até pelas características físicas que aquele profissional apresenta ao lidar com o paciente [11].

Portanto, ao cuidar do paciente em processo de morrer, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades intrínsecas da comunicação: ouvir, nunca mentir, evitar a conspiração de silêncio e a falsa alegria [12].

Callaman [13] ressalta que muitos profissionais e familiares evitam conversar sobre a terminalidade e a morte para poder poupar o paciente, por considerar que poderão aumentar a sua dor, sofrimento e até piorar a depressão. O paciente, no intuito de proteger quem ele ama, também evita falar do assunto.

Sendo assim, cria-se o que se chama de isolamento emocional, onde os sentimentos, as dúvidas e anseios não são compartilhados. Infelizmente, o isolamento emocional desestabiliza a relação familiar e pode distanciar a convivência justamente no momento onde ela deveria ser estreitada. Logo, o enfermeiro quando evita em falar sobre a morte, ele corre um sério risco de abalar o vínculo de confiança que tanto o paciente quanto o familiar construiu com ele.

Assim, entender tais mecanismos defensivos se torna de grande importância para os profissionais da saúde e da enfermagem, de maneira que se viabilize a compreensão dos sentimentos e, assim, atender de maneira ética às necessidades daquele que vivencia o seu processo de morte e de morrer, proporcionando-lhe o conforto, afeição e cuidado.

Objetivo

Revelar o conceito de morte e os sentimentos percebidos pelos estudantes de enfermagem frente à própria morte**.**

Material e método

Estudo descritivo qualitativo desenvolvido junto aos estudantes maiores de 18 anos do curso de graduação em Enfermagem, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e mediante aceite e autorização expressa dos participantes dada por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

As questões norteadoras do estudo se alicerçaram – *O que para você é morte? O que você sente, pensa e percebe sobre sua própria morte?* Essas questões emergiram da própria prática da pesquisadora, ao mobilizar-se com a temática, tanatologia. Assunto discutido e trabalhado durante as aulas da disciplina de ética profissional.

Resultados e discussão

Dos 34 estudantes pesquisados, 74,2% eram mulheres e 25,8% homens, 70,6% eram solteiros, 26,5% eram casados e 2,9% separados. A maioria

não tinha filhos (67,6%), 17,8% tinham um filho e 14,7% dois. As religiões professadas foram 47,1% católica, 38,2% evangélica e 2,9% espírita. Quando os alunos foram questionados em relação à freqüência mensal com os demais membros do grupo religioso, tivemos resultados distintos entre as diferentes religiões professadas. Dos católicos, 50% não freqüentavam qualquer tipo de encontro/vivência, 31,2% informaram participar de encontros 4 vezes ao mês, 17,5% 1 vez e 6,25% 2 vezes. Todos os evangélicos alegaram freqüentar, cultos ou encontros de estudos, sendo que 61,6% 4 vezes, 30,7% 16 vezes e 7,7% 8 vezes. O único estudante espírita disse que suas crenças não estavam relacionadas às freqüências em lugares e sim era algo interno.

O fato de se questionar sobre a religião foi porque sabemos o quanto ela tem interferência nas construções de sentimentos e pensamentos sobre a morte e o processo de morte de cada pessoa. Ainda mais, está associada aos momentos de sofrimento e dor, pois a religião oferece acolhida e reflexão na busca da garantia da vida ou do entendimento melhor dela. De uma forma ou de outra, todas as religiões estão relacionadas com o sentido da vida, liberdade, justiça e direcionamento da consciência. Com exceção do budismo, que considera a vida como um bem precioso, mas não de âmbito divino, em todas as outras religiões ela é vista como sagrada. As religiões tentam buscar uma ética de responsabilidade, discutindo as conseqüências de certas ações, e também de certas omissões, por exemplo, quando se tem um indivíduo doente [3].

Cabe aqui apresentar um breve relato baseado nos estudos de Pessini [14] sobre como cada religião é alicerçada e como ela de maneira generalista encara a morte. Segundo o autor, no Budismo, não há uma autoridade central, o objetivo dos seguidores é a iluminação, a busca de seu caminho e cada um pode traçar o seu. É uma filosofia de vida, o caminho da sabedoria. Para eles a vida é transitória e a morte inevitável, sendo essencial deixar que siga seu transcurso natural. Como a morte perturba o processo dos sobreviventes, ela não deve ser prolongada nem apressada.

Há uma restrição no que se refere aos transplantes, uma vez que a unidade: corpo e espírito continuam após a morte. Remover um órgão do cadáver é uma perturbação desta unidade; pelo mesmo motivo, autópsias também são contra-indicadas.

Como a morte é uma transição, o suicídio não pode ser visto como escape, daí ser condenado. É importante considerar o momento da morte e a maneira como vai ocorrer, a sua dignidade.

As drogas usadas para aliviar a dor são permitidas, mesmo que possam matar o indivíduo. Entretanto, a lucidez do indivíduo no momento da sua morte é essencial, logo se deve atentar quanto ao processo de administração, pois ter a pessoa viva e inconsciente vai contra os princípios do budismo.

No Islamismo, a vida humana é sagrada e tudo deve ser feito para protegê-la; o mesmo vale para o corpo, que não deve ser mutilado em vida ou depois da morte. É importante lavá-lo e envolvê-lo em pano próprio, orar e depois enterrá-lo. Para eles, Deus é a suprema força que governa os homens, portanto, o suicídio é considerado como transgressão. O médico é um instrumento de Deus para salvar pessoas, não pode tirar a vida de ninguém, nem mesmo por compaixão; mas também não deve prolongá-la a todo custo, principalmente quando a morte já tomou conta. Os islâmicos são totalmente contrários aos transplantes, porque provocam mutilação no corpo.

A grande questão para o judaísmo é definir o momento da morte, término da vida. A morte encefálica é o determinante do momento da morte. Mas, para alguns mais tradicionalistas, o critério válido de morte é a parada cardíaca e respiratória. A morte não deve ser apressada e o moribundo deve receber os tratamentos dos quais necessita. A decisão sobre a própria morte não cabe ao sujeito, e sim aos rabinos que, ao interpretar a Torah, aplicam seus conhecimentos à vida cotidiana. Mesmo não sendo a cura possível, não se deve deixar de cuidar, e a pessoa não deve ser deixada sozinha quando estiver morrendo. O médico é um servo de Deus para cuidar da vida humana e não deve apressar a morte. O que deve ser preservado é a vida e não a agonia.

Já no Cristianismo a morte é quando o enigma da condição humana atinge seu ponto mais alto. Ela entrou no mundo como conseqüência do pecado. A conseqüência do pecado não é o simples fato da limitação temporal da vida humana e que o homem um dia há de morrer, e sim, o fato de experimentar a morte como hostil, como interrupção, como contrária à dinâmica da vida, colocando em dúvida o próprio sentido de toda da vida.

A morte humana tornou-se evento de salvação para Cristo e para o mundo.

Assim, diante da morte do corpo, a religião cristã diz que não acaba tudo, que a vida continua com a vida eterna.

A vida não deve ser preservada a todo custo, prolongando a agonia e o sofrimento. Deixar morrer não significa matar, essa sim é uma atitude vedada. O conflito sobre o que seriam tratamentos ordinários e extraordinários ainda continua, assim como uma grande preocupação com o sofrimento durante o processo da morte, e com a velhice indigna.

Ao analisar as respostas frente ao significado da morte, foi possível construir sete categorias. *Fim com passagem para outra vida* agrupou as falas referentes à morte como uma etapa da vida, continuidade e encontro com Deus, o criador, ainda como a saída do corpo e a ida para outra dimensão, que irá causar o descanso eterno, passagem para confirmar a continuidade da alma. Eis uma das falas que expressa essa categoria:

> "morte é um momento da vida, é sair da realidade humana e poder passar para o descanso eterno com o Senhor."

A perda do sentido da vida, o verdadeiro fim foi a categoria dos discursos onde a morte é encarada como fim, perda, término sem continuidade, vazio de esperança, quando não se tem mais condições físicas de produzir. Podemos exemplificar essa categoria com a fala:

> "é simplesmente o fato da vida terminar e não ser mais nada a esperar, tudo se acaba, é o fim de tudo, onde não há produção alguma de nada."

Já a categoria *deixar de ser* reuniu as falas que dão significado à morte como sentimento da perda do íntimo, ausência da vontade própria, da falta de autonomia, privacidade, condição humana em situação de desprezo, sem inclusão do outro. A fala:

> " é quando mesmo estando vivo se morreu porque não se é capaz mais de ser amado, ser reconhecido como humano, a doença já tomou conta e tudo terminou, sua privacidade inexiste e ninguém mais lembra que você é você"

expressa o quanto que valores humanos no cuidar foram negligenciados e o quanto isso traz sofrimento e revela a morte.

Na categoria *normal apesar de indefinido* foi composta pelos discursos onde a indefinição da morte foi o conceito principal ou ainda quando simplesmente respondeu-se que é algo normal. O discurso selecionado que pode ilustrar essa categoria foi:

> "é algo normal, que não sei explicar bem como é, na verdade a definição é confusa."

Um descanso da realidade foi a categoria que englobou a morte como sendo uma opção para o alívio da realidade vivida, interrupção do sofrimento que se tem com a exclusão social, com os maus relacionamentos pessoais e familiares. Um exemplo que reúne os discursos que compõem essa categoria:

> "É o descanso de uma vida atribulada, triste e cheia de negação, onde você nunca foi amado e que acaba o sofrimento e a luta da vida e se ganha a paz do corpo e do coração."

A penúltima categoria, *dor e sofrimento, pois é ficar só,* reuniu as falas nas quais os pesquisados, disseram, o quanto que a morte traz dor e sofrimento para quem não morreu, o quanto que ficar só, sem a companhia do ser amado torna-se difícil, preocupação da continuidade do cotidiano e a vida acaba perdendo o próprio encanto. Nessa categoria ficou explicito o quanto o outro faz falta, como revela essa frase

> "nem gosto de pensar nisso, morte é dura demais, traz dor, eu sofro, porque faz falta a vida do meu filho na minha e ele ficar sem a minha presença também, quem vai cuidar dele?".

E, finalmente, *interrupção do funcionamento orgânico dos sistemas corporais* foi a categoria das falas onde a morte recebeu o significado estritamente biológico

> "é a interrupção dos sinais vitais" e "é a parada do funcionamento cerebral."

Os sentimentos, pensamentos e percepções que os estudantes referiam-se a própria morte foram analisados e reunidos em sete categorias. A primeira delas *tragédia e a certeza do sofrimento físico e/ou espiritual* são os sentimentos expressos pela certeza de que a própria morte estaria vinculada a alguma forma de violência como assassinato, atropelamen-

to, algo prematuro e que traria de alguma maneira sofrimento físico ou da alma, como revela a fala desse estudante

> "sempre soube que minha morte será cedo e que será trágica, vou sentir dor, acho que vou tomar um tiro ou um carro vai passar por mim" e ainda, "sei que vou sofrer dores no corpo e que não vou descansar no céu."

Medo do desconhecido foi a segunda categoria, ela reuniu os pensamentos e sentimentos relativos ao medo do desconhecido e o medo pela falta de controle da situação da morte

> "penso e sinto medo, porque não tenho como escolher o que desejo, a morte pega a pessoa de calças curtas."

Outra categoria foi *medo da missão não cumprida e frustração com a perda dos sonhos*, uma vez que se ainda é jovem e que se tem muita vida para viver, muitas coisas para executar e muitos sonhos para cumprir. O discurso desse estudante pode exemplificar bem esse grupo:

> "sinto um vazio, de verdade, medo de imaginar, pois, sou tão nova e ainda não aproveitei as coisas, nem me formei, nem me casei"

A quarta categoria denominada de *alívio e descanso da vida vivida* é composta pelos sentimentos relacionados ao término da vida presente e atual, pelos estudantes que sofrem perseguição, rejeição e que não se sentem felizes, como mostra essa fala

> "seria deixar de escutar que eu não sirvo para nada, deixar de dar desgosto, um verdadeiro prestígio atual, já tentei, mas não consegui, seria um alívio".
> "Sinto um grande vazio, fico triste, pois deixaria meu filho pequeno, meu marido arrumaria outra e ela poderia não amar e ainda judiar dele" e "quando penso no amor, ficar sem meu namorado, amigos, saudade dos programas, das indas e vindas do final de semana, nossa é minha mãe, amo tanto ela, como seria ficar sem ela e como ela sofreria por eu ter morrido".

Essas são frases ditas que compuseram a quinta categoria denominada de *tristeza e preocupação com os familiares*, composta pela junção dos sentimentos e pensamentos voltados a preocupação com a provisão emocional e financeira da família, ao amor, a saudade da convivência com os amigos.

A sexta categoria foi chamada de *Desejo* de que seja livre de sofrimento, nela constam os sentimentos ligados ao desejo de que sua morte seja livre de dores ou sofrimentos físicos, onde a doença não esteja presente, e que ela aconteça durante o sono e de maneira natural, sem sinais que a torna presumível. Eis uma fala que revela claramente a composição dessa categoria:

> "penso e desejo que ela seja calma, enquanto estiver dormindo, sem mostrar sua cara, de jeito que eu não sofra qualquer privação ou dor."

E, por última, a categoria *negação de sua existência* formada por falas como:

> "mesmo que faça esforço não penso nela e sem sinto nada, quem sabe aconteçam outras coisas e eu nem morra", "a vida é cheia de surpresas e a morte é uma delas, porque sofrer, melhor nem pensar".

Como se pode verificar elas são constituídas das percepções ligadas à negação da condição da morte.

Conclusão

Acredita-se que a morte seja um dos grandes mistérios da existência do ser humano, demandando esforços para seu entendimento e aceitação no contexto histórico da evolução do pensamento. Sendo a morte uma experiência universal, sua compreensão e representação variam de acordo com a cultura, religião e vivência de cada indivíduo.

O relacionamento do ser humano com a morte tem sofrido modificações através dos tempos, tendo sido considerada por grande parte das pessoas como um fato natural, não podendo ser evitado e, portanto, perfeitamente aceito. No entanto, esta familiaridade e aceitação frente à morte têm assumido, atualmente, em nossa cultura, outra conotação, pois as pessoas sentem desconforto, medo e preocupação frente a ela. O medo da morte se estende pelo pavor

de se sentir dores ou humilhações, onde o uso de aparelhos e toda a tecnologia do cuidar sejam substituídos em detrimento da autonomia do indivíduo, e principalmente, que a morte expresse solidão, isto é, que seja distante dos entes queridos.

A depressão e a tristeza foram componentes expostos nos discursos dos estudantes, alguns revelaram explicitamente como que suas vidas são desgostosas e sem sentido e o quanto que a morte poderia ser uma estratégia de alívio da realidade vivida.

Alguns, contudo, mostraram-se muito preocupados com a continuidade da vida em outras dimensões principalmente pelo fato de não terem controle das condições de como suas famílias viveriam sem sua presença.

A morte como interrupção de sonhos foi considerada como algo frustrante visto que são jovens e que muito se tem a construir e usufruir.

Pode-se considerar que reflexões como estas merecem ser mais detalhadamente analisadas e comparadas, como uma estratégia para ajudá-los a viver melhor, pois quando se entende a própria morte, a morte do outro tende a ser mais valorizada e respeitada.

Referências

1. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 8ªed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
2. Horta AL. Processo de morte e morrer no paciente, na família e nos profissionais de enfermagem. Nursing 2002;54(5):15-7.
3. Kovacs MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol USP 2003;14(2):115-67.
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Dispões sobre conceito e critérios de avaliação clínica e complementar sobre morte encefálica. Resolução nº1480; 1997.
5. Louzá JR, Louzá Neto MR. O hospital e a morte. RPH 1982;30(7/8):172-77.
6. Araújo MMT. Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
7. Arantes JT. A vida além da morte. Revista Galileu 1998;87:72-81.
8. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
9. Baraldi S, Silva MJP. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. Nursing 2000;3(24):14-7.
10. Araújo MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. J Clin Nurs 2004;13(2):143-9.
11. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola; 2002.
12. Abelleira MAR. Habilidades de comunicación para abordar el proceso de la muerte. Enferm Cientifica 1998;198/199:23-4.
13. Callaman M, Kelley P. Gestos finais: como compreender as mensagens, as necessidades e a condução especial das pessoas que estão morrendo. São Paulo: Nobel; 1994.
14. Pessini L. Eutanásia e as religiões (judaísmo, cristianismo, budismo, islamismo). Bioética 1999;7(1):83-100.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2009;8(3)

Artigo original

Método mãe canguru: um contato de amor e carinho - atuação do enfermeiro na orientação desse método

Sabrina Ferreira de Oliveira*, Inês Maria Meneses dos Santos**

**Enfermeira, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO, ** Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO*

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Apresenta como objetivo: Analisar as orientações de enfermagem sobre o método mãe canguru na perspectiva dos enfermeiros que atuam na unidade intermediária neonatal de uma maternidade do Município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados entre os meses de setembro e novembro de 2007, por meio de uma entrevista contendo questões abertas sobre o método canguru. Os sujeitos entrevistados foram seis enfermeiros neonatologistas. O cenário escolhido foi uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Posteriormente, foram criadas duas categorias temáticas: 1) O contato entre mãe-bebê estimulado pelo enfermeiro, como parte da assistência ao recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro; 2) Capacitação do enfermeiro sobre o método canguru. Concluiu-se que ainda existe uma parte considerável de enfermeiros que resistem em utilizar as orientações sobre o método canguru, como parte da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: recém-nascido de baixo peso, prematuro, método canguru, enfermagem neonatal.

Abstract

Kangaroo mother method: a contact of love and affection - nurse performance to guide this method

This descriptive study with qualitative approach had as objective: to analyze, from nurses perspective, information received from the nursing staff of a neonatal maternity of Rio de Janeiro city concerning kangaroo mother method. Data were collected between September and November 2007, by means of an interview which contained opened questions about the kangaroo method. The interviewed subjects were six neonatal nurses. The research scenery was a public maternity of Rio de Janeiro city. Two thematic categories were created: 1) the skin-to-skin contact between mother and baby encouraged by nurse, as part of low birth-weight infants and/or premature care; 2) qualified nurse on the kangaroo method. We conclude that there is still a resistance to this method and a considerable number of nurses do not include kangaroo method guidelines in their neonatal services.

Key-words: low birth-weight newborn, premature, kangaroo method, neonatal nursing.

Artigo recebido em 25 de novembro de 2008; aceito em 5 de maio de 2009.
Endereço para correspondência: Sabrina Ferreira de Oliveira, Rua Afonso Cavalcanti 455/701, 20211-901 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 8790-1926, E-mail: sabrinaferreira1986@ig.com.br, inesmeneses@gmail.com

Resumen

Método madre canguro: un contacto de amor y de afecto – actuación de la enfermera en la orientación de este método

Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo que tiene como objetivo: analizar las orientaciones de enfermería sobre el método madre canguro en la perspectiva de los enfermeros que actúan en la unidad neonatal intermedia de una maternidad de la ciudad de Rio de Janeiro. Los datos fueron colectados entre los meses de Septiembre y Noviembre de 2007, por medio de una entrevista conteniendo preguntas abiertas sobre el método madre canguro. Los ciudadanos entrevistados fueran seis enfermeros neonatólogos. El escenario escogido fue una maternidad pública de la ciudad de Rio de Janeiro. Posteriormente, dos categorías temáticas fueron creadas: 1) El contacto entre la madre y el bebé estimulado por el enfermero, como parte de la asistencia al recién nacido de bajo peso y/o prematuro; 2) Capacitación del enfermero sobre el método madre canguro. Se concluye que todavía una gran parte de enfermeros resisten en usar las orientaciones sobre el método madre canguro, como parte del cuidado de enfermería.

Palabras-clave: recién nacido de bajo peso, prematuro, método canguro, enfermería neonatal.

Introdução

O método "Mãe-Canguru" foi criado em 1979, na Colômbia, buscando um atendimento melhor, humanizado e de menor custo, tanto para o recém-nascido de baixo peso quanto para seus familiares. Entende-se por recém-nascido de baixo peso aquele que nasceu com peso inferior a 2500 g, independente da idade gestacional. E prematuro é aquele recém-nascido que não completou 37 semanas de gestação, independente do peso [1].

O método consiste em um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre mãe e o recém-nascido de baixo peso, pelo tempo que ambos acharem prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito do adulto [2]. A posição vertical é utilizada para se evitar o refluxo gástrico-esofágico e a bronco-aspiração, fenômenos comuns que podem levar à asfixia e até mesmo à morte.

As vantagens desse método são aumentar o vínculo mãe-filho, evitar longos períodos sem estimulação sensorial, estimular o aleitamento materno, aumentar a competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho, proporcionar melhor controle térmico, melhorar o relacionamento da família com a equipe de saúde, diminuir a infecção hospitalar e a permanência hospitalar [3]. O método canguru favorece o início e a manutenção da lactação, pois a proximidade constante com a mãe, seus movimentos e seu cheiro, contribuem para estimular a produção de leite [4]. Não substitui as unidades de terapia intensiva (UTIs) neonatais nem as incubadoras, mas sim supre as necessidades do RN levando ao desenvolvimento, proporcionando o aleitamento materno, calor da mãe, carícias, enfim, as influências humanas que contribuem na recuperação do RN internado, condições estas não viabilizadas pelos equipamentos da UTI neonatal [3].

Interessado em humanizar a assistência prestada aos recém-nascidos de baixo peso, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693 de 5/7/2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) [2].

O interesse pelo método Mãe Canguru surgiu a partir da exibição de um material áudio-visual, durante a disciplina de Enfermagem na Atenção à Saúde do Recém-nascido, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Durante a vivência acadêmica observa-se que o profissional enfermeiro não utiliza a prática sistemática de orientação às mães, como ferramenta que compõe a assistência de enfermagem aos recém-natos prematuros ou de baixo peso. A partir daí resolvemos elaborar um estudo cujo objeto é a atuação do(a) enfermeiro(a) na orientação à mãe de recém-nascido em método mãe canguru.

O objetivo traçado foi analisar as orientações de enfermagem sobre o método mãe canguru na perspectiva dos enfermeiros que atuam na unidade intermediária neonatal de uma maternidade do Município do Rio de Janeiro.

Quanto à relevância, aponta-se a importância do papel do enfermeiro para o sucesso do método mãe-canguru, enquanto modalidade de assistência humanizada e integral.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, pois surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade [5]. O estudo é descritivo, já que apresenta como finalidade a descrição exata de fatos e fenômenos de determinada realidade, o que exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar [5].

Foi solicitada autorização à direção da instituição para a realização desta pesquisa e, posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo aceito sem ressalvas, sob o protocolo número 104/07.

Obedecendo a Resolução 196/96 diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando sobre os objetivos, anonimato e participação em caráter voluntário na pesquisa. Somente após o consentimento do entrevistado, com a assinatura do termo, é que se procedeu a entrevista.

A coleta dos depoimentos foi realizada por meio de entrevista, utilizando um questionário (anexo) preenchido pela pesquisadora, o qual continha questões abertas versando sobre o método canguru, além de dados de identificação dos depoentes. As entrevistas foram realizadas durante os meses de setembro e novembro de 2007, até que fosse atingido um ponto de saturação.

O cenário foi uma unidade neonatal que possui enfermaria canguru, localizada em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro.

Resultados e discussão

Os sujeitos entrevistados foram seis enfermeiros, com especialização em Neonatologia. Para garantir o anonimato dos entrevistados, optou-se por identificá-los por meio de pseudônimos, sendo escolhido para tal, nomes de escritores brasileiros.

Optou-se por construir um quadro abaixo, mostrando a caracterização dos entrevistados.

Quadro I - Caracterização dos enfermeiros entrevistados.

Pseudônimo	Especialização	Tempo de formado	Tempo de atuação na unidade neonatal
Machado de Assis	Neonatologia	9 anos	8 anos
Zélia Gattai	Neonatologia	6 anos	6 anos
Clarice Lispector	Neonatologia	14 anos	10 anos
Jorge Amado	Neonatologia	3 anos	2 anos
Rachel de Queiroz	Neonatologia	15 anos	10 anos
José de Alencar	Neonatologia	5 anos	2 anos

Fonte: Unidade neonatal com enfermaria canguru de uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro.

As entrevistas foram lidas exaustivamente e realizada a análise temática. Foram construídas duas categorias analíticas, a partir dos depoimentos: 1) o contato entre mãe-bebê estimulado pelo enfermeiro, como parte da assistência ao recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro; 2) capacitação do profissional sobre o método mãe-canguru.

Categoria I - O contato entre mãe-bebê estimulado pelo enfermeiro como parte da assistência ao recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro

Sabemos que o(a) enfermeiro(a) mantém um contato maior com as mães e os recém-nascidos internados. Desse modo, cabe ao profissional orientar às mães sobre o método canguru, bem como sobre a situação clínica do recém-nato; os equipamentos que estão ao redor dele, com a intenção de tranqüilizar os familiares do bebê, minimizando seu estresse, favorecendo o vínculo entre mãe e bebê.

Desde o início dos anos 80, vários estudos têm atribuído importância especial ao aspecto psicológico, ao contato pele a pele entre a mãe e seu bebê. Assim, espera-se que haja um vínculo mãe-filho muito maior, que auxilie o desenvolvimento psicomotor dos recém-nascidos, notadamente os de baixo peso [1].

A orientação à mãe sobre os benefícios do método canguru é uma forma interessante encontrada para que os enfermeiros estimulem o contato entre mãe-bebê.

> "São orientadas questões como a posição correta do método; o estímulo ao aleitamento; o ganho de peso e a redução de problemas respiratórios. Falando das coisas boas do método é a principal 'arma' que uso para estimular a mãe a realizar o método." Zélia Gattai

O enfermeiro deve encorajar as mães a concentrar-se no recém-nascido e nos sentimentos e emoções, para melhor obtenção de benefícios emocionais e fisiológicos do método. Porém, todo esse aspecto nem sempre é levado em consideração por parte de alguns profissionais.

Existe certa resistência por parte de alguns enfermeiros com relação à questão da orientação do método canguru, como pode ser observado nos relatos a seguir.

> "No nosso setor, as crianças estão em estado bem crítico. No plantão de hoje, sou o único enfermeiro da equipe. Não temos muito tempo disponível para orientar quanto ao método canguru." Jorge Amado

> "Com tanto procedimento para ser feito, o estresse é tão alto que não 'rola' tempo para conversar com os familiares." Rachel de Queiroz

O mundo globalizado de hoje, exige profissionais cada vez mais capacitados, principalmente do ponto de vista tecnológico, exigindo atributos e conhecimentos dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Nesse contexto as interações pessoais acabam por assumir uma condição inferior [6].

O método deve ser visto como um instrumento que compõe a intensa gama de atividades da assistência de enfermagem ao bebê, e não como uma forma de retirar a responsabilidade do profissional enfermeiro quanto ao cuidado com o recém-nascido, distribuindo esse encargo somente à mãe. Isso pode ser evidenciado no seguinte relato.

> "Oriento a equipe o tempo todo a exercer o método. Eu explico a importância dele, mostrando a possibilidade de diminuição do cuidado da equipe com o bebê." Clarice Lispector.

Categoria II - Capacitação do enfermeiro sobre o método canguru

O Ministério da Saúde elaborou o Manual Técnico do Método Canguru, com base na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru), como uma forma importante de dirigir esforços para propiciar uma atenção de qualidade ao recém-nascido prematuro ou de baixo peso e aos seus familiares. Surgiu, então, a necessidade de desenvolver uma estratégia para a sua implementação nas diversas unidades hospitalares. Sendo assim, uma nova equipe de consultores, juntamente com os técnicos da área da Criança do Ministério da Saúde desenvolveram um programa de treinamento teórico-prático sobre Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-Peso (Método Mãe Canguru). Esse curso, idealizado para ser oferecido em 40 horas de duração, objetivou capacitar os profissionais das diferentes especialidades que lidam com o recém-nascido de baixo-peso, sua mãe e sua família [7].

> "A Secretaria Municipal de Saúde oferece curso sobre o método mãe-canguru na própria unidade. São feitas também palestras. A própria Secretaria e a Unesco passam visita na unidade, avaliando o grau de conhecimento da equipe sobre o método." Machado de Assis

> "A Secretaria Municipal de Saúde está promovendo palestras sobre o tema, aqui tem muita gente falando disso." Zélia Gattai

O município do Rio de Janeiro cumpre com seu papel ao apoiar os cursos de capacitação dos profissionais envolvidos na assistência neonatal, podemos perceber isso nas falas supracitadas de alguns entrevistados.

Apesar do acesso às informações sobre o método, na maior parte das vezes gratuito, muitos profissionais não procuram ampliar seus conhecimentos sobre o tema.

> "Nunca me interessei. É um método bonito, humanizado, mas prefiro estudar algo que aplico na realidade." Rachel de Queiroz

> "Durante a especialização tive algumas palestras sobre isso, mas não fiz nenhum curso sobre o método." Jorge Amado

É necessário que os profissionais de saúde conheçam toda a extensão do método e se capacitem sempre quanto aos novos e alternativos meios de cuidado ao bebê, para que assim possam prestar uma assistência de qualidade.

Conclusão

Prestar assistência ao recém-nascido de baixo peso ou prematuro envolve a necessidade de disponibilidade tanto de recursos materiais quanto de recursos humanos especializados. Mas, acima de tudo é preciso que o(a) enfermeiro(a) tenha sensibilidade quanto à comunicação não-verbal emitida pelos bebês. Logo, é preciso criar uma assistência de enfermagem integral e humanizada.

O método mãe canguru traz muitos benefícios tanto para o recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso quanto para seus familiares, pois a oportunidade de cuidar do bebê aumenta o vínculo entre os pais e a criança. Trata-se de uma modalidade de assistência simples, de baixo custo e eficaz. Porém, para que o método seja eficaz é necessário que a equipe de enfermagem conheça toda a extensão e importância do método e esteja adequadamente treinada para que possa orientar adequadamente a mãe do recém-nascido que deve sentir-se acolhida. Desse modo, em caso de dúvidas, sentir-se-á à vontade para recorrer ao profissional enfermeiro que deve mostrar-se solícito em atender à mãe. Os enfermeiros não devem apenas limitar-se aos aspectos técnicos do método, mas também devem enxergar a mãe do bebê como sendo uma mulher que possui conflitos, emoções e sentimentos. Essa relação de confiança entre a mãe e o profissional é de fundamental importância para a obtenção do sucesso do método canguru.

Com este estudo conclui-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados acredita e apóia o uso das orientações sobre o método, como forma de assistência humanizada ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso. Mas, ainda existe uma determinada parcela de profissionais que apresenta resistência em realizar o método canguru como modalidade de assistência de enfermagem neonatal.

Referências

1. Whaley LF, Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método mãe – canguru. Manual técnico. Brasília: MS; 2002.
3. Ferreira L, Vieira CS. A influência do método – canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. Acta Scientiarum Health Sciences 2003;25(1):41-50.
4. Caetano LS, Borçari IT, Vilaça CM, Santos JA. O posicionamento canguru e amamentação de recém-nascidos a termo. Enfermagem Brasil 2006;5:337-40.
5. Figueiredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. São Paulo: Difusão; 2004.
6. Oriá MOB, Moraes LMP,Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. Revista Eletrônica de Enfermagem; 2004;06(2).
7. Oliveira ND. O que é a norma brasileira de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe-canguru)- 2000 [online]. [citado 2006 Dez 28]. Disponível em URL: www.metodocanguru.org.br/funciona.htm
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 1º de Outubro de 1996 – dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Anexo
Entrevista para a(o) enfermeira(o) Identificação (iniciais):_____ Idade: _____ Tempo de formado: _____ Tempo de trabalho na Unidade Neonatal: _____ Pós-graduação: ( ) não ( )sim, em que? _____
1- Quais as orientações que a equipe de enfermagem passa para as mães dos recém-nascidos prematuros ou de baixo peso sobre o método canguru?
2- Como a equipe de enfermagem estimula o contato entre essa mãe e o seu bebê?
3- Você fez algum treinamento voltado para a aplicação do método?
4- Você encoraja a equipe a exercer o método como parte da assistência de enfermagem ao RN de baixo peso ou prematuro? Como?

Artigo original

Avaliação da eficácia da fita teste utilizada para determinar a concentração do ácido peracético

Natália Peres Gonçalves Pavani*, Ana Lúcia Colombo, M.Sc.**, Setsuko Sato, M.Sc.***

**Enfermeira, graduada pela Universidade Sagrado Coração (USC) Bauru SP, **Docente das disciplinas Ética, Bioética e Enfermagem Perioperatória e Centro de Material no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Sagrado Coração (USC), Enfermeira da Central de Materiais e Esterilização do Hospital Unimed Bauru, ***Docente das disciplinas Físico-Química, Química Orgânica, Química Geral e Ensino de Química da Universidade Sagrado Coração (USC), Especialista em Especialização em Metodologia do Ensino Superior, Especialista em Especialização de Professores do Ensino Superior*

Resumo

O ácido peracético é um desinfetante de alto nível e esterilizante para artigos termossensíveis. Mas o processo de esterilização e desinfecção com o ácido peracético é um método de difícil monitoração quanto a sua efetividade. O estudo desenvolvido foi do tipo descritivo de caráter quantitativo, tendo como objetivo avaliar a eficácia dos métodos de monitoração dos processos de desinfecção e esterilização com ácido peracético, avaliando, assim, o aspecto fidedigno dos resultados obtidos com os testes, garantindo a confiança do profissional enfermeiro sobre os processos e sua tranqüilidade em relação à segurança de seus pacientes. Foram utilizados 2 tipos de amostras do ácido peracético, coletadas em 3 períodos de tempo diferentes. Após a coleta foram realizados 2 tipos de testes: com a fita teste (recomendado pelo fabricante do ácido) e o teste laboratorial para quantificação da concentração de ácido peracético presente na amostra (iodometria). Em seguida, os resultados dos testes foram comparados. Concluiu-se que os resultados obtidos com os testes laboratoriais são mais fidedignos, pois se aproximam da concentração de ácido peracético indicada pelo fabricante da solução. Além disso, concluiu-se, também, que a solução mantém uma concentração satisfatória de ácido peracético por um período de tempo maior que trinta dias.

Palavras-chave: ácido peracético, teste, esterilização, desinfecção.

Abstract

Evaluation of effectiveness of the test trip used to determine peracetic acid concentration

The peracetic acid is a high-level disinfectant and sterilant for thermosensible materials. But the process of sterilization and disinfection with peracetic acid is difficult for monitoring its effectiveness. This study with a descriptive quantitative approach aims at evaluating the effectiveness of monitoring procedures for disinfection and sterilization with peracetic acid, in order to assess reliable tests results, ensuring nursing professional confidence on processes and tranquility in relation to patient's safety. 2 types of samples of peracetic acid were used, which were collected on 3 different periods of time. After collection 2 types of

Artigo recebido em 19 de maio de 2009; aceito em 23 de maio de 2009.
Endereço para correspondência: Natália Peres Gonçalves Pavani, Rua Marcondes Salgado, 17-71, Bl.18/23, 17013-231 Bauru SP, Tel: (14) 3879-3008, E-mail: nataliapgoncalves@yahoo.com.br

tests were performed: the test strip (recommended by the acid manufacturer) and laboratory test to quantify peracetic acid concentration in the sample (iodometry). Then, the test results were compared. It was concluded that the results of laboratory tests are more reliable because the peracetic acid concentration is quite the same solution specified by the manufacturer. Additionally, the solution maintains a satisfactory concentration of peracetic acid for a period longer than thirty days.

Key-words: peracetic acid, test, sterilization, disinfection.

Resumen

Evaluación de la eficacia de la cinta de prueba utilizada para determinar la concentración de ácido peracético

El ácido peracético es un desinfectante de alto nivel y esterilización para materiales termosensibles. Pero el proceso de esterilización y desinfección con ácido peracético es un método de difícil seguimiento en cuanto a su eficacia. Estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa que tiene como objetivo evaluar la eficacia de los procedimientos de control para la desinfección y esterilización con ácido peracético, evaluando, así, los resultados fiables de las pruebas, garantizando la confianza de los profesionales de enfermería en los procesos y la tranquilidad en la seguridad de sus pacientes. Se utilizaron 2 tipos de muestras de ácido peracético, recogida en 3 diferentes períodos de tiempo. Después de recogida 2 tipos de pruebas fueron realizadas: la prueba de cinta (recomendado por el fabricante del ácido) y las pruebas de laboratorio para cuantificar la concentración de ácido peracético en la muestra (yodometría). Los resultados de la prueba se compararon después. Con esto, podemos concluir que los resultados de las pruebas de laboratorio son más fiables, porque son más próximos a los de la concentración de ácido peracético especificado por el fabricante de la solución. También se concluyó que la solución satisfactoria mantiene una concentración de ácido peracético por un período superior a treinta días.

Palabras-clave: ácido peracético, test, esterilización, desinfección.

Introdução

A escolha dos métodos de processamento dos materiais cirúrgicos envolve a resistência dos artigos ao processo e os tipos de microorganismos encontrados.

Atualmente, devido à revolução tecnológica, deparamo-nos com um aumento de cirurgias mínimamente invasivas. A maioria dos instrumentais utilizados para estes tipos de cirurgias é sensível ao calor e à umidade, portanto, não pode ser autoclavado. Uma das alternativas é a desinfecção de alto nível ou esterilização química por ácido peracético.

O ácido peracético é um desinfetante de alto nível para artigos termossensíveis, que tem ação esterilizante para alguns artigos e materiais termossensíveis, por exemplo, os cateteres e os materiais de videocirurgia [1]. Também é utilizado na indústria de alimentos como sanificante de superfícies [2]. Souza [3] cita também seu uso para desinfecção de águas de abastecimento e esgotos sanitários. Possui ação sobre todas as formas de vida de microorganismos sendo bactericida, esporicida, fungicida e virucida [4]. É composto por uma mistura equilibrada de ácido acético, peróxido de hidrogênio e água. O mecanismo de ação acontece ao oxidar enzimas essenciais para as reações bioquímicas de sobrevivência e de reprodução dos microorganismos [5].

Legalmente, o princípio ativo ácido peracético foi incluído na Portaria nº 15, de 23/08/88, que determina o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana, através da Portaria nº 122/DNT, de 29 de Novembro de 1993, que autoriza a utilização do mesmo em nosso país como esterilizante, desinfetante hospitalar para superfícies fixas, desinfetante hospitalar para artigos semi-críticos e desinfetante para indústria alimentícia [6].

O processo de esterilização e desinfecção com o ácido peracético é um método de difícil monitoração quanto à sua efetividade [5]. Partindo deste princípio, pretende-se com este estudo avaliar a eficácia dos métodos de monitoração dos processos de desinfecção e esterilização com ácido peracético, avaliando, assim, o aspecto fidedigno dos resultados obtidos com os testes, garantindo a confiança do profissional enfermeiro sobre os processos e sua tranqüilidade em relação à segurança de seus pacientes.

Durante estágio extracurricular, realizando a limpeza e desinfecção com ácido peracético de alguns materiais semi-críticos, questionou-se a eficácia

do método utilizado para medir a concentração do ácido peracético. Após tal questionamento, iniciou-se uma busca das respostas através de referenciais teóricos. Devido à escassez de conteúdo teórico brasileiro, nasceu a idéia de realizar uma revisão bibliográfica e um estudo laboratorial sobre o ácido peracético e os possíveis métodos para validação do processo de desinfecção e esterilização.

A presente pesquisa contou com a ajuda de graduandos e profissionais de enfermagem e da área de exatas (químicos), para ser realizada.

Materiais e métodos

Solução à base de ácido peracético

Esterilizante químico à base de ácido peracético Sterilife® - Lifemed, fabricado por Peróxidos do Brasil Ltda. Apresentação individual em embalagem de 5 litros com uma unidade de sachê inibidor de corrosão presa em sua alça, este deve ser adicionado na embalagem contendo a solução, antes do uso [7].

Fita indicadora para teste de concentração e resíduo do ácido peracético:

Embalagem contendo 100 tiras de ensaio, Merckoquant® - Merck. As fitas reagem por método colorimétrico com a presença de ácido peracético, produzindo cores que são graduadas em valores que variam de 5 a 50 mg/l de ácido peracético [8].

Casuística

Foram coletados dois tipos de amostras da solução de ácido peracético em uso: uma amostra contendo 99 ml de água destilada + 1 ml de ácido peracético (recomendações do fabricante da fita para realização do teste com a fita indicadora) e outra amostra com 100 ml puro da mesma solução. As coletas foram realizadas em três períodos: 15 dias de uso, 30 dias e 40 dias posteriormente.

As amostras passaram por análise no Laboratório de Química para avaliação da concentração do ácido puro. Os resultados obtidos foram comparados com os resultados da fita teste.

Os métodos utilizados para quantificação das amostras foram:

1. Determinação da concentração de peróxido de hidrogênio e ácido peracético em soluções de desinfecção por permanganimetria e iodometria, que consiste na dissolução da amostra em solução de ácido sulfúrico diluído e resfriado a uma temperatura próxima de 0°C. O peróxido de hidrogênio da amostra é titulado com uma solução padronizada de permanganato de potássio até coloração rósea permanente. Logo após é adicionada uma solução de iodeto de potássio, e o iodo liberado é titulado com solução padronizada de tiossulfato de sódio, usando-se amido como indicador. Tal determinação foi utilizada seguindo as recomendações da Solvay – Peróxidos do Brasil LTDA [9].
2. Análise da concentração de ácido peracético por meio da fita teste de concentração e resíduo da Merck (Merckoquant). De acordo com as recomendações do fabricante da fita, a técnica consiste em diluir 1 ml da solução de ácido peracético em 99 ml de água destilada, em seguida introduzir a zona de reação da fita por aproximadamente um segundo na amostra utilizada para medição, logo após, retirar a fita da solução e deixar o excesso de líquido escorrer por aproximadamente cinco segundos. A partir disso classifica-se a cor da zona de reação da fita teste.

Análise dos resultados

Os resultados foram analisados através da comparação dos valores obtidos com a fita teste da Merck com os valores alcançados com os testes recomendados pela Peróxidos do Brasil, que indica as seguintes equações para se chegar aos resultados:

Na análise por permanganimetria e iodometria a concentração de peróxido de hidrogênio (H_2O_2) presente na amostra, expressa em ppm, é dada pela seguinte expressão:

$$CH_2O_2 = \frac{A \times f1 \times N1 \times 17.008}{V}$$

A concentração de ácido peracético (CH3COOOH) presente na amostra, expressa por ppm, é dada pela seguinte expressão:

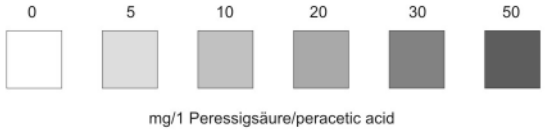
$$Cperacético = \frac{(B - C) \times f2 \times 3.800}{V}$$

Onde: V = Volume da amostra em ml; A = Volume da solução de permanganato de potássio ($KMnO_4$) gasto na titulação de H_2O_2 em ml, B = Volume da solução de

tiossulfato de sódio ($Na_2S_2O_3$) gasto na titulação do iodo liberado em ml; C = Volume da solução de tiossulfato de sódio ($Na_2S_2O_3$)gasto na titulação da prova em branco em ml; N1 = Normalidade da solução de permanganato de potássio (KMnO4); f1 = Fator da solução de permanganato de potássio ($KMnO_4$) utilizada na titulação do H_2O_2; f2 = Fator da solução de tiossulfato de sódio ($Na_2S_2O_3$) utilizada na titulação do iodo liberado.

A determinação do resultado através da fita teste da Merck é feita de acordo com o parâmetro de uma escala de cores (Figura 1) fornecida pelo fabricante da fita, onde a escala de 0 a 50 expressa o valor da concentração de ácido peracético em mg/l.

Figura 1 - Parâmetro para determinação de ácido peracético.



Fonte: Merck

Métodos estatísticos

Para a comparação estatística entre os grupos foi realizado o teste ANOVA pareado.

Resultados e discussão

A casuística foi composta por dois tipos de amostras coletadas em três períodos de tempo diferentes, como já mencionado.

A primeira amostragem foi colhida após 15 dias de uso da solução. Os resultados foram os seguintes:

Fita teste: após a realização do teste conforme instruções do fabricante da fita, a coloração indicada marcou uma concentração de 50 mg/l de ácido peracético. Então, se em um litro da solução encontra-se 50 mg de ácido peracético, em cinco litros (conteúdo total do frasco da solução utilizada) teremos 250 mg de ácido peracético.

Teste laboratorial: em 10 ml da solução pura utilizada, foram encontradas 2,852 ppm de ácido peracético, então em um litro teremos 285 ppm ou mg/l pois ppm [partes por milhão é o mesmo que mg/l (miligramas por litro)], portanto em cinco litros teremos 1.425 mg de ácido peracético.

A segunda amostra foi coletada após 30 dias de uso da solução, onde obtivemos os resultados:

Fita teste: a coloração indicou a concentração de 30 mg/l, em cinco litros totalizará 150 mg de ácido peracético.

Teste laboratorial: encontramos 2,459 ppm em 10 ml da solução pura utilizada, em um litro isso totaliza 246 ppm e em cinco litros 1.230 mg de ácido peracético.

A terceira e última amostra foi coletada após 40 dias de uso da solução e os resultados foram:

- Fita teste: a coloração manteve-se igual à segunda amostra, ou seja, 30 mg/l.
- Teste laboratorial: em 10 ml da solução pura utilizada foram encontradas 2,210 ppm, isso significa que em um litro da solução encontram-se 221 ppm e em cinco litros 1.105 mg de ácido peracético.

Comparando-se os resultados da fita teste com os testes laboratoriais temos uma diferença significativa entre os valores. A média desta diferença de variação é de 1.070 mg de ácido peracético a mais para o teste laboratorial.

No manual do usuário Sterilife, diz apenas que a solução é a base de ácido peracético a 0,2%, não indicando, portanto, a concentração em ppm.

Kunigk [10] cita em sua tese que 0,5% de ácido peracético é o mesmo que 5.000 mg/l. 0,35% de ácido peracético é igual a 3.500 ppm. Então uma solução a 0,2% significa 2.000 ppm ou mg/l de ácido peracético.

Sendo assim, a análise que se aproxima deste valor é a análise laboratorial, portanto, a concentração encontrada na fita não é a concentração real.

A análise estatística dos resultados é apresentada e comentada nas tabelas abaixo.

Na Tabela I encontra-se a comparação estatística entre os grupos pelo teste ANOVA pareado, em que se verifica uma probabilidade de 0,0352 que é menor que 0,05 apresentando diferença significante entre os grupos.

Tabela I - Comparação estatística pelo teste Anova.

Fonte de variação	Soma de quadrados	Grau de liberdade	Quadrado médio	"F"	Probabilidade
Grupos	1717350.00	1	1717350.00	282.1108	0.00352
Réplicas	46508.3333	2	23254.1666		
Interação	12174.9999	2	6087.49999		
Total	1776033.33 5				

Tabela II - Média e desvio padrão da concentração do ácido peracético nos grupos estudados.

Grupo	Média	Desvio padrão	Número
Fita teste	183.3333	57.7350269	3
Teste laboratorial	1253.333	161.270993	3

A Tabela II apresenta a média e desvio padrão da concentração do ácido peracético encontrado nos dois grupos.

As análises estatísticas contribuíram para confirmar o resultado alcançado, ou seja, a diferença da concentração de ácido peracético para os dois tipos de teste foram significativas.

Conclusão

Pudemos observar que os resultados das concentrações de ácido peracético obtidos com a fita teste e com os testes laboratoriais são diferentes. Os resultados alcançados com os testes laboratoriais são mais fidedignos, pois se aproximam da concentração de ácido peracético indicada pelo fabricante da solução.

Uma sugestão seria a utilização de fitas indicadoras sensíveis para intervalos de graduação maiores dos que estão sendo utilizados (5-50 mg/l), pois com os testes laboratoriais obtivemos em todas as amostras concentrações maiores que 200 ppm, então as fitas teste utilizadas não foram capazes de identificar tais valores. Existem no mercado, assim como observado na bula do teste de ácido peracético da Merck, fitas com intervalo de medida de 100-500 mg/l de ácido peracético, talvez esse seria o teste recomendado para o tipo de solução utilizada.

Outra conclusão é que a solução mantém uma concentração satisfatória de ácido peracético por um período de tempo maior que trinta dias. Porém, acreditamos que o período recomendado pelo fabricante da solução, serve como margem de segurança para que os usuários do produto não ultrapassem mais que 40 dias de uso da solução.

Agradecimentos

À USC por ceder o laboratório de química para realização dos testes. À Clínica de Fisioterapia da USC por ajudar-nos com as amostras do ácido peracético e pela doação das fitas teste utilizadas.

Referências

1. Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.
2. Moraes MSV, Andrade NJ, Chaves JBP, Passos FJV, Gomide LAM. Isolamento de esporos em equipamentos de abatedouros avícolas e avaliação de sua resistência a sanificantes químicos. Ciênc Tecnol Aliment 1997;17(3).
3. Souza JB, Daniel LA. Comparação entre hipoclorito de sódio e ácido peracético na inativação de E. coli, colifagos e C. perfingens em água com elevada concentração de matéria orgânica. Eng Sanit Ambient 2005;10(2).
4. Possari JF. Centro de material e esterilização: planejamento e gestão. 2a ed. São Paulo: Iátria; 2005.
5. SOBECC. Práticas recomendadas: centro-cirúrgico, recuperação pós-anestésica, centro de material e esterilização. 4ª ed. São Paulo: Congraf; 2007.
6. Ministério da Saúde. Portaria 122/DTN de 29 de novembro de 1993. Inclui o princípio ácido peracético para uso das formulações de desinfetantes/esterilizantes. Secretaria de Vigilância Sanitária, Brasília, D.F., 29 dezembro 1993. Brasília: MS; 1993.
7. Sterilife. Ácido peracético à 0,2% - manual do usuário. [s.l.]: Lifemed, [s.d.].
8. MERCK. Merckoquant Test Ácido Peracético (bula do produto). Alemanha. (venda somente para estabelecimentos de saúde). Lote: hc748156.
9. SOLVAY Peróxidos do Brasil Ltda. Análise de ácido peracético – soluções de desinfecção [online]. [citado 2007 Set 21]. Disponível em URL:http://www.peroxidos.com.br/library/bysection/result/0,0,-_PT-1000054,00.html
10. Kunigk L. Ação do ácido peracético sobre microorganismos contaminantes do processo cervejeiro [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Enfermagem Brasil
Maio / Junho 2009;8(3)

Relato de caso

Desbridamento de úlcera venosa com papaína associada à uréia

Solange Silveira*, Marcelo Alessandro Rigotti**, Adriano Menis Ferreira, D. Sc.***,
José Maria Pereira de Godoy, D.Sc.****

**Enfermeira, Especialista em Enfermagem Dermatológica, Enfermeira de Clínica Privada, **Enfermeiro Licenciado, ***Enfermeiro, Prof. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-Três Lagoas, ****Médico, Prof. do Departamento de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – Famerp/SP*

Resumo

O objetivo do presente estudo de caso é apresentar a evolução do desbridamento de uma úlcera venosa com o uso da papaína associada à uréia. O desbridamento foi completo a partir do quarto dia, constatando-se que a terapia implementada agiu de forma eficaz e eficiente.

Palavras-chave: úlcera varicosa, cicatrização de feridas, papaína, cuidados de enfermagem.

Abstract

Venous ulcer debridement with papain and urea

The present case study aimed to present the development of a venous ulcer debridement using papain with urea. Full debridement was achieved on the fourth day, showing the implemented therapy was efficient and effective.

Key-words: varicose ulcer, wound healing, papain, nursing care.

Resumen

Desbridamiento de una úlcera venosa con papaína asociada a la urea

El objetivo del presente estudio fue presentar la evolución del desbridamiento de una úlcera venosa con el uso de papaína asociada a la urea. El desbridamiento fue completo a partir del cuarto día, así se constató que la terapia implementada fue eficaz y eficiente.

Palabras-clave: úlcera varicosa, cicatrización de heridas, papaína, atención de enfermería.

Artigo recebido em 3 de março de 2009; aceito em 28 de abril de 2009.
Endereço para correspondência: Adriano Menis Ferreira, Rua Pasquoalino Verona Bovino 238 Higienópolis 15085-500 São José do Rio Preto SP, E-mail: a.amr@ig.com.br

Introdução

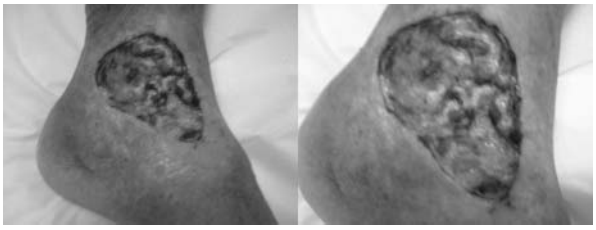
O desbridamento de uma ferida é necessário para que a granulação e reepetelização ocorram. Envolve a remoção do tecido desvitalizado, contaminado e corpos estranhos [1]. É particularmente importante nas lesões extensas, na presença de celulite e sépsis [1]. Pode ser realizado, principalmente, por procedimentos cirúrgico, mecânico, autolítico e enzimático. O desbridamento enzimático é utilizado nos pacientes que não toleram uma cirurgia e nas lesões menores [2]. Diversos agentes debridantes, como as colagenases, fibrinolisina, desoxiribonuclease e a papaína são utilizadas. Essas substâncias têm permitido maior eficácia no desbridamento das feridas. Dentre elas, a papaína tem sido empregada de várias maneiras. Nos EUA ela é associada com a uréia e no Brasil em solução salina, na forma de creme ou gel [3-9].

O objetivo do presente estudo foi apresentar a evolução do desbridamento de uma úlcera venosa com o uso da papaína associada à uréia.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 56 anos, branco, com história de úlcera venosa, de aproximadamente 28 cm^2 em membro inferior esquerdo, há 2 anos, a qual vinha recebendo terapia tópica diária alternando entre colagenase e óleo de girassol. Entretanto, a ferida apresentou uma rápida piora com formação de tecido desvitalizado, extravasamento de exsudato purulento e dor local, como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Úlcera vascular com presença de tecido necrótico e esfacelo.



Em virtude do local da lesão e do paciente não apresentar envolvimento articular optou-se pelo desbridamento enzimático com papaína a 10% associada à uréia na mesma concentração e vitamina E duas vezes ao dia. Os curativos foram realizados utilizando-se a técnica limpa, que se caracteriza pela lavagem das mãos e utilização de luvas de procedimento. Já a limpeza da ferida foi realizada com soro fisiológico 0,9% em forma de jatos.

O desbridamento foi completo a partir do quarto dia, quando se optou pela mudança da cobertura para carboximetilcelulose associado a pectina. O paciente referiu que a papaína provocou uma sensação tolerável de queimação na primeira hora de aplicação, que foi eliminada após a mudança da terapia tópica.

Resultados e discussão

Nas feridas em que é detectada a presença de material desvitalizado é aconselhado o desbridamento. Sendo o enzimático uma opção segura e menos traumática, optou-se por utilizar a papaína associada à uréia em creme base não iônica.

Originada do látex das folhas e frutos do mamão verde adulto *Carica papaya* Linn, a papaína é uma enzima proteolítica muito empregada na indústria alimentícia, cosmética e farmacêutica [3], cujo sítio ativo é portador de um radical sulfidrila (SH), pertencente ao aminoácido cisteína fundamental para sua atividade enzímica, tornando-se difícil sua associação com outro recurso terapêutico, visto que ela sofre oxidação pela substituição do enxofre [5].

A papaína quebra qualquer proteína que contém resíduos de cisteína. Esta propriedade torna-a não seletiva, uma vez que muitas proteínas, incluindo fatores de crescimento, contêm resíduos de cisteína. O colágeno não contém resíduos de cisteína, portanto não sofre ação da papaína [10].

No Brasil, os primeiros estudos a utilizar a papaína no tratamento de feridas foram divulgados por Monetta que muito contribuiu para a popularização dessa substância [11]. Inicialmente, os extratos concentrados eram dissolvidos em soro fisiológico em concentrações variadas, geralmente em torno de 2,5%. Em 1993 foi padronizado o gel de papaína [12], tornando-se mais uma opção no tratamento de feridas.

A associação com a uréia é comercializada nos EUA e relatada em vários estudos [4-7] que tem demonstrado que essa associação é duas vezes mais potente no desbridamento do que a papaína isoladamente [13]. Dentre os benefícios da uréia está o forte poder osmótico que ela apresenta [14], facilita a ação proteolítica da papaína alterando a estrutura tri-dimensional das proteínas e rompendo suas pontes de hidrogênio, bem como, expondo por ação solvente os ativadores da papaína. A uréia age,

ainda, na redução das pontes disulfídicas, expondo os resíduos de cisteína que facilitam a ação terapêutica da papaína [1,2,10].

Após o quarto dia de tratamento, observou-se desbridamento em toda a área da ferida, abundante presença de tecido de granulação permanecendo apenas pequenos pontos de esfacelo. Devido ao fato de o tecido de granulação ser apenas avaliado clinicamente, não se pode concluir que a presença desse tecido resultou da ação da papaína ou se tornou mais evidente após o desbridamento.

Figura 2 - Úlcera vascular após o quarto dia de uso da papaína com uréia e vitamina E. Nota-se presença de tecido de granulação e discretas áreas remanescentes de esfacelo.

Uma vantagem da combinação da papaína-uréia pode ser um desbridamento não específico dentro de uma grande faixa de pH (3.0-12.0). No entanto, talvez devido à característica não seletiva desta preparação, uma proeminente resposta inflamatória está associada com seu uso em feridas crônicas. Esta resposta inflamatória, juntamente com a quebra de componentes viáveis dentro do leito da ferida, é, provavelmente, a razão da dor associada ao uso destes agentes. Essas características, talvez possam explicar a dor relatada pelo paciente neste estudo. A fim de diminuir esse sintoma, associa-se à papaína o componente clorofila que age impedindo a aglutinação de eritrócitos, prevenindo a formação de trombos e deposição de fibrina, e o tamponamento de vasos sanguíneos e linfáticos [10]. No entanto, não temos conhecimento da disponibilidade desta associação no Brasil.

Conclusão

No presente estudo a utilização da papaína na concentração de 10% associada à uréia e à vitamina E mostrou-se eficiente no desbridamento da lesão em curto período de tempo.

Referências

1. Bergstrom N, Bennett MA, Carlson CE, et al. Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline no. 15. (AHCPR Publication No. 95-0652). Rockville (MD): US. Department of Health and Human Services, Public Heath Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1994.
2. Kanj LF, Wilking SVB, Phillips T. Continuing Medical Education. J Am Acad Dermatol 1998;38517-36.
3. Miller JM. The interaction of papain urea, and water soluble chlorophyll in a proteolytic ointment for infected wounds. Surgery 1958;43:939-48.
4. Hermans LE, Rothman KF. Prevention, care and treatment of pressure (decubitus) ulcers in Intensive Care Units patients. J Intensive Care Med 1989;4:117-23.
5. Sibbald RG, Williamson D, Orsted HL, Campbell K, Keast D, Krasner D Sibbald D. Preparing the wound bed debridement, bacterial balance and moisture balance. Ostomy/Wound management 2000;46(11):14-35.
6. Steed DL, Donohoe D, Webster MW, Lindsley L. Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers. J Am Coll Surg 1996;183:61-4.
7. Moneta L. O uso da papaína nos curativos feitos pela enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1987;40(1):66-73.
8. Masini E, Calamo MA. Uma forma de tratamento de lesões cutâneas com papaína e sacarose. Rev Bras Clin Terap 1986;15:245-**8.**
9. Monetta L. Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com uso de papaína [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.
10. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. Wound 2002;14(2):47-57.
11. Ferreira, AM, Oliveira, KA, Vieira LC, Rol, JL. Revisão de estudos clínicos de enfermagem: utilização de papaína para o tratamento de feridas. Rev Enfermagem UERJ 2005;13:382-9.
12. Velasco MVR. Desenvolvimento e padronização de gel contendo papaína para uso tópico. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo; 1993.
13. Silverstein P, Ruzicka FJ, Helmkamp GM, et al. In vitro evaluations of enzymatic debridement of burn eschar. Surgery 1973;73:15-22.
14. Pelle MT, Miller OF. Debridement of necrotic eschar with 40% urea paste speeds healing of residual limbs and avoids further surgery. Arch Dermatol 2001;1371288-1290.

Revisão

Protocolo de atenção domiciliar em enfermagem e a substitutividade

Rita Batistas Santos, D.Sc.*

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Laboratório Interdisciplinar de Autocuidado Domiciliar, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar

Resumo

O protocolo de atenção domiciliar interdisciplinar (PADI) consiste na tabela de avaliação e manutenção das Atividades de Vida Diárias, admissão, plano terapêutico, evolução e alta domiciliar elaborado a partir do Índex de Katz, das teorias de Wanda Horta e Dorothea Orem em consonância com a legislação sobre atenção domiciliar contidas na Resolução da Diretoria Colegiada nº 11 da Anvisa e da Portaria 2.529 que institui os serviços de internação domiciliar no SUS. O objetivo deste artigo é discutir a contribuição da enfermagem na construção de um protocolo de atenção domiciliar interdisciplinar. A metodologia consiste em uma análise comparativa entre as teorias de Wanda Horta e de Dorothea Orem, levantados por busca no site da BVS com a palavra-chave teorias de enfermagem nas bases de dados Lilacs e BDenf no mês de setembro de 2006, e o Index de Katz com análise interpretativa dos conceitos. Os resultados apontam que o PADI elaborado pela enfermagem orienta a assistência interdisciplinar clínico-terapêutica e psicossocial ao usuário no seu domicílio. Conclui-se que o PADI configura-se numa proposta de substitutividade, resignificando o modelo de atenção à saúde, renovando o modo hegemônico do cuidar ou desinstitucionalizando-o, criando práticas e transitando para novos campos de produção do cuidado na perspectiva da enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem, atenção domiciliar, protocolo.

Abstract

Home care services protocol: nursing and the substitutive proposal

The home care services interdisciplinary protocol consists on a table of maintenance and evaluation of activities of daily living, admission, planning, evolution and outpatient home care discharge based on Katz Index, Wanda Horta and Dorothea Orem theories in accordance with legislation on home care services followed the Collegiate Directory Resolution n. 11 of Anvisa and Decree no. 2529 which establish home care hospitalization in the Single Health System. This study has as objective to discuss nursing contribution to the development of an interdisciplinary home care services protocol. The methodology consists of a comparative analysis between the theories of Wanda Horta, Dorothea Orem, applying the research in Lilacs and BDenf database using the key-word nursing theories in September 2006, and concept analysis of Katz Index. The results point out

Artigo recebido em 29 de janeiro de 2009; aceito em 16 de maio de 2009.
Endereço para correspondência: Rita Batista Santos, Praia de Botafogo, 484/405, 22250-040 Rio de Janeiro RJ.

that the nursing protocol has guidelines for clinical and psychosocial interdisciplinary therapy in home care services. We concluded that this protocol is characterized in a substitutive proposal, giving new meaning to the health care model, renewing the hegemonic way of health care, creating new practices that promote new fields of production focusing in nursing care.

Key-words: nursing care, home care services, protocol.

Resumen

Protocolo de atención domiciliaria en enfermería y la sustitutibilidad

El protocolo interdisciplinar domiciliario consiste en una tabla de evaluación y mantenimiento de las actividades de la vida diaria, admisión, plan terapéutico, evolución, el alta domiciliaria elaborado a partir del índice de Katz; las teorías de Wanda Horta y de Dorothea Orem de acuerdo con la legislación de la Resolución no. 11 de la Directoria Colegiada de Anvisa y de la Portaría no. 2.529 que instituyen los servicios de internación domiciliaria en el Sistema Único de Salud. El objetivo es discutir la contribución de enfermería en la elaboración de un protocolo interdisciplinar domiciliario. La metodología consiste en un análisis comparativo entre las teorías de Wanda Horta y de Dorothea Orem, utilizando la base de datos Lilacs y BDenf y la búsqueda por la palabra clave "teoría de enfermería", en el mes de Septiembre de 2006, y el Índice de Katz con análisis de interpretación de los conceptos. Los resultados señalan que el protocolo orienta sobre la asistencia interdisciplinar clínico terapéutica y psicosocial al usuario en su domicilio. Se concluye que el protocolo configura en una propuesta de substitutividad, resignificando el modelo de atención de la salud, renovando de una forma hegemónica el cuidar, creando nuevas prácticas que promuevan nuevos campos de producción para el cuidado de enfermería.

Palabras-clave: enfermería, atención domiciliaria, protocolo.

Introdução

Com as projeções demográficas de envelhecimento populacional no Brasil, cresce o campo de atuação da enfermagem na Atenção Domiciliar. Com o aumento da expectativa de vida há uma necessidade de assistir a essa população, com diferentes graus de dependência, fora de instituições como asilos e hospitais. Essa abordagem extra-hospitalar traz benefícios, sobretudo quando existe uma metodologia para o cuidado de enfermagem [1].

É nesse sentido que o processo de enfermagem se traduz como uma ferramenta essencial para a qualidade de vida do cliente no domicílio, tendo em vista a necessidade de regulação de competências e construção de protocolos assistenciais para enfermagem na Atenção Básica de Saúde.

Dentro dessa perspectiva, a avaliação do cliente é fundamental para a determinação de todo contexto da atenção domiciliar. Para isso elaborou-se a tabela de avaliação e manutenção das Atividades de Vida Diárias (anexo 1) elaborada a partir da escala de Atividades Diárias do Index de Katz [2]; observou-se a oportunidade de inter-relacionar conceitos entre as teorias de Wanda Horta [3] e Dorothea Orem [4] com as recomendações da Anvisa [5] e da Portaria No. 2529 do Ministério da Saúde [5,6] configurando-se numa Política transversal na Rede SUS.

Objetivos

Este estudo pretende discutir a contribuição do referencial teórico das teorias de enfermagem de Wanda Horta, relacionada às necessidades humanas básicas afetadas, e do déficit de autocuidado de Dorothea Orem e as atividades de vida diária do Index de Katz para a construção de um protocolo de atenção domiciliar para o SUS.

Material e método

O estudo foi desenvolvido por meio de análise comparativa baseada na revisão de literatura sobre as teorias de enfermagem de Wanda Horta e de Dorothea Orem, o Índex de Katz e a legislação sobre atenção domiciliar no SUS.

As informações e procedimentos foram levantados por busca ativa nas unidades de internação, respostas a pedidos de parecer, além de consulta a procedimentos de serviços de atenção domiciliar da rede pública e privada. Os itens de avaliação foram traduzidos numa pontuação para determinar o tempo de permanência, prognóstico da autonomia, seguindo a classificação em ordem crescente de dependência para o desempenho do autocuidado.

As variáveis: identificação do paciente, perfil sócio-econômico, medicamentos em uso, avaliação de desempenho e manutenção de atividades de vida

diária do Índex de Katz foram classificadas como critérios de inclusão e exclusão para definir o perfil da clientela e as possibilidades de intervenção à luz da revisão de literatura.

Foi realizada uma busca no site da BVS com as palavras-chave: teorias de enfermagem nas bases de dados Lilacs e BDenf no mês de setembro de 2006.

Após a leitura dos textos, foi realizada uma análise interpretativa do material coletado para discutir os conceitos afins contidos no PADI.

Resultados e discussão

A elaboração do Protocolo de Atenção Domiciliar Interdisciplinar (PADI) enfocou o levantamento de itens de avaliação voltados para a promoção da autonomia dos usuários para o autocuidado.

A RDC No.11 define como Plano de Atenção Domiciliar – PAD, o documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta, indicando a avaliação do tempo de permanência como o período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente.

Observando a recomendação da RDC No. 11, partiu-se da admissão domiciliar (tabela de avaliação de desempenho e manutenção de atividades de vida diária – anexo 1 e folha de admissão domiciliar); plano terapêutico domiciliar; folha de evolução domiciliar e plano de alta domiciliar.

A aplicação de escalas com pontuação para determinar o tempo de permanência, prognóstico do retorno as Atividades de Vida Diária (AVD'S), seguiu a classificação em ordem crescente de dependência para o desempenho do autocuidado.

A avaliação de desempenho e manutenção de atividades de vida segue a classificação em escores: valores de 0 a 15 pontos para os pacientes elegíveis para a Modalidade de Atendimento Domiciliar; de 16 a 25 pontos para os usuários elegíveis para a Modalidade de Internação Domiciliar; e acima de 25 pontos para os pacientes elegíveis para a Internação Hospitalar. Essa avaliação ajuda, ainda, a vislumbrar quanto tempo vai durar e como planejar o atendimento, classificando os usuários quanto a modalidade de Assistência Domiciliar, Internação Domiciliar, ou de Internação Hospitalar e quanto tempo e freqüência de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT). Dessa forma, determinam-se parâmetros para avaliação de critérios de inclusão, permanência e manutenção de usuários bem como classificação do tipo de atenção domiciliar.

As áreas de avaliação das AVD'S listadas são Cuidador Apto, Nível de Consciência, Órteses, Curativos Ferida Operatória, Curativos de Úlceras, Suporte Ventilatório, Suporte Nutricional, Sistema Urinário, Sistema Fecal, Sistema Terapêutico Oral, Sistema Terapêutico Parenteral IM e SC, Suporte Terapêutico Venoso, Banho, Higiene Pessoal, Transferência e Mobilidade.

Diante da abordagem de Horta de um processo sistematizado de cuidar, podem-se relacionar as etapas de ambas as abordagens. Sob a perspectiva de Orem o processo se inicia com a determinação das necessidades de cuidado do indivíduo, seguida de estabelecimento de objetivos de saúde a serem alcançados por meio de um planejamento assistencial e por fim o início, a condução e o controle das ações de enfermagem, buscando compensar ações do autocuidado e superar limitações e preservar habilidades presentes de autocuidado [5].

O modelo proposto por Horta em sua etapa inicial de histórico de enfermagem propõe o levantamento de dados por meio de um roteiro sistematizado para subsidiar a etapa seguinte do diagnóstico de enfermagem, no qual as necessidades básicas afetadas do ser humano e o grau de dependência de enfermagem são determinados. Nesse sentido o grau de dependência de enfermagem deve ser classificado em total ou parcial, podendo, a enfermagem, nos casos de dependência parcial de cuidados, atuar na ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento, quando necessário [4]. Nessa etapa o Índex de Katz se mostra útil como ferramenta para balizar o levantamento de dados, auxiliando na classificação dos graus de dependência de cuidados, elegendo os clientes que atendem aos critérios para inclusão nos programas de atenção domiciliar pública no país.

A abordagem de Orem preconiza inicialmente que os diagnósticos de enfermagem devem buscar como meta a adesão do cliente ao autocuidado. Nesse sentido, apresenta uma interrelação, na medida em que a promoção do autocuidado deve trabalhar aspectos de ajuda, orientação e supervisão das atividades para capacitação do usuário.

A segunda etapa diagnóstica para Orem trabalha o planejamento dos sistemas de enfermagem, a fim de criar sistemas totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios ou de apoio-educação,

buscando o alcance das metas compatíveis com o diagnóstico de enfermagem [5]. Da mesma forma, Wanda Horta afirma que e terceira etapa do processo de enfermagem, chamada de plano assistencial, deve se ocupar em determinar a assistência que deve ser prestada diante do diagnóstico de enfermagem. Essa determinação leva a uma proposta de prescrição de enfermagem (quinta etapa), que trará todos os cuidados propostos de forma hierarquizada [6]. Nesse momento, tanto a quinta etapa de Horta como a última de Orem preconizam a prestação da assistência prescrita; porém o modelo de Orem avança na avaliação e no ajuste das atividades prescritas. Enquanto Horta utiliza mais uma etapa em seu processo, a qual atribuiu o título de evolução, para realizar a avaliação global do plano de cuidados, na qual uma estimativa busca prever a redução das necessidades que se encontravam afetadas [7].

Importante ressaltar que o objetivo da assistência preconizada por Orem emerge na necessidade e preferência do indivíduo que possui liberdade e responsabilidade para alcançar o autocontrole [8]. Sendo assim o prognóstico de Orem deve levar em consideração a vontade do indivíduo de se empenhar nas atividades de autocuidado, para que as metas possam ser viáveis quanto ao alcance.

No modelo proposto por Wanda Horta o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando à assistência ao ser humano [3] e se divide em seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

Nesse processo, na etapa de histórico, a enfermeira realiza o levantamento de dados que irá subsidiar a etapa seguinte de diagnóstico, na qual é realizado um julgamento clínico identificando as necessidades humanas afetadas (fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto-realização). Cada necessidade deve ser atendida hierarquicamente através do processo de enfermagem. Seu plano assistencial compreende a etapa em que as metas e as ações de enfermagem são planejadas para subsidiar a etapa de prescrição de enfermagem. Sua evolução de enfermagem observa as alterações no quadro do usuário. Seu processo é finalizado com a etapa de prognóstico onde a potencialidade de atendimento das necessidades humanas afetadas naquele usuário é estimada.

O modelo conceitual de Orem se baseia em três alicerces teóricos básicos: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem [4]. Dentro dessa perspectiva, o autocuidado e o cuidado de pessoas dependentes são comportamentos que regulam a integridade, o funcionamento e o desenvolvimento humano, relacionando ações de autocuidado e seu desenvolvimento [8].

A teoria do déficit de autocuidado postula que a necessidade de cuidados de enfermagem existe à medida que as pessoas possuem algum tipo de limitação que as incapacite de cuidar de si mesmo ou de seus dependentes.

Orem na teoria dos sistemas de enfermagem classificou-os em: sistema totalmente compensatório, onde o ser humano é incapaz de promover seu autocuidado; o sistema parcialmente compensatório em que o enfermeiro e o cliente promovem cuidados relativos à manipulação ou à locomoção; e o sistema de apoio-educação – o cliente consegue executar medidas de autocuidado terapêutico, mas necessita de auxílio [8].

O Índex de Katz proposto por Sidney Katz é um modelo de avaliação funcional da capacidade de se autocuidar e atender as atividades de vida diária (AVD). Destacam-se dentro do universo das AVD`s básicas as capacidades de: alimentar-se, vestir-se, transferir-se, banhar-se, ter continência e usar o banheiro [10]. Essas atividades situam-se entre as seis áreas básicas que se incluem na avaliação do autocuidado. De acordo com o Índex, a pessoa terá sua capacidade diante dessas atividades classificada como independente (zero em cada atividade) ou dependente (um ponto em cada atividade), sendo esta última atribuída mesmo aos indivíduos que têm aparentemente essa capacidade, mas que se recusam realizar uma atividade prevista [2].

Ao aplicar o Índex, podemos afirmar que quanto maior a pontuação obtida, maior é o grau de dependência.

Diante da abordagem de Horta um processo sistematizado de cuidar pode-se relacionar às etapas de ambas as abordagens. Sob a perspectiva de Orem, o processo se inicia com a determinação das necessidades de cuidado do indivíduo, seguida de estabelecimento de objetivos de saúde a serem alcançados por meio de um planejamento assistencial e por fim o início, a condução e o controle das ações de enfermagem, buscando compensar ações do autocuidado e superar limitações e preservar habilidades presentes de autocuidado [4].

A respeito dos tipos de Serviços de Atenção Domiciliar – SAD prestados por instituição pú-

blica ou privada, responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar, a RDC No.11 subdivide-se em: Assistência Domiciliar (conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio) e Internação Domiciliar [5]. Recomenda que o SAD possua um regimento interno que defina o tipo de atenção domiciliar prestada e as diretrizes básicas que norteiam seu funcionamento e, além disso, elabore um manual e normas técnicas de procedimentos para a atenção domiciliar, de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada [5]. Neste sentido, a construção do protocolo de atenção domiciliar interdisciplinar pela enfermagem contribui tanto para a organização do processo de trabalho interdisciplinar quanto para a indicação do tipo de atenção domiciliar a ser adotada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente.

O Formulário de Encaminhamento do PADI é um relatório detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências, informações decisivas para a elaboração do Plano Terapêutico de Atenção Domiciliar - PAD.

A Evolução Domiciliar é a parte do PAD que deve contemplar: a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente, requisitos de infra-estrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento. Ele fornece a noção do tempo estimado de permanência do usuário no atendimento considerando a evolução clínica, superação de déficits, autonomia para o autocuidado ou independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais. A periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento estará de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso contendo data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente e do responsável técnico do SAD.

O PADI deve ser preenchido com letra legível e pode ser assinado por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência. Após a alta ou óbito do paciente, o prontuário deve ser arquivado, conforme legislação vigente, com o fornecimento de cópia integral do prontuário quando solicitado pelo usuário ou pelos responsáveis legais.

Segundo a Portaria no. 2.529, de 19 de outubro de 2006, a atenção domiciliar integra duas modalidades específicas, a assistência domiciliar e a internação domiciliar. A elaboração do Protocolo de Atenção Domiciliar Interdisciplinar (PADI) serve a prestação da assistência ou internação domiciliar.

A Portaria 2529 considera que a assistência domiciliar no âmbito do SUS é desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada. Os Programas de Saúde de Família e Agentes Comunitários de Saúde não constituem, a princípio, programas de atenção domiciliar terapêutica. Podem vir a sê-lo, na dependência dos recursos alocados e de sua articulação com outros níveis de assistência.

A abordagem integral ao usuário/família significa considerá-los em seu contexto sócio-econômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade. Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano.

A assistência no domicílio deve conceber a singularidade da família em seu espaço social e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. Assim, a abordagem integral deve ser sempre considerada por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar.

Neste sentido, procura a construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento que envolve, além do conhecimento profissional, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados.

Por isso, a Portaria 2529 institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, definindo-a como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

A classificação proposta no PADI esclarece os critérios de inclusão que possibilitem determinar

o tipo ou modalidade de atenção domiciliar em virtude da lacuna entre as definições de Assistência Domiciliar e Internação domiciliar no que se refere à definição da inserção dos PSF's neste contexto e vislumbra um horizonte neste sentido.

Obedecendo a Portaria 2.529, o PADI estabelece como prioridade de eleição os seguintes grupos populacionais: idosos; portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas; portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. Entretanto, abre espaço para outras prioridades, além das definidas, privilegiando aquelas que poderão ser estabelecidas localmente.

O PADI indica como critérios de exclusão de usuários, dada a complexidade do modelo proposto, os usuários com perfil para internação hospitalar, entretanto estimula que outros critérios de exclusão podem ser definidos pelos protocolos locais de acordo com a infra-estrutura de equipamento e recursos humanos disponíveis.

Conclusão

Podemos concluir que há relação entre os processos de enfermagem de Wanda Horta e Dorothea Orem, em etapas distintas, no que se refere à aplicação simultânea de ambos na prestação da atenção domiciliar, onde a adesão do usuário ao autocuidado é uma meta a ser alcançada, na medida em que a abordagem para a sua promoção trabalha aspectos de ajuda, orientação e supervisão das atividades para independência/autonomia do usuário, família e comunidade. Com isso conclui-se que a interrelação entre as teorias pode auxiliar no incentivo ao autocuidado através da abordagem das necessidades humanas básicas afetadas e das AVD's.

O PADI orienta a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD cujos profissionais têm a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao usuário em seu domicílio.

Por meio desta avaliação de enfermagem é possível contribuir para a desospitalização de eventos desnecessários, estimulando processos de "alta precoce", evitando intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações, humanizando a atenção de enfermagem hospitalar e em alguns casos garantindo uma morte digna.

É importante que a enfermeira possa trabalhar aspectos relevantes das teorias buscando complementá-las, a fim de que os cuidados prestados possam ser subsidiados por modelos teóricos próprios da profissão que podem ser interrelacionados; buscando uma assistência à comunidade pautada em modelos que atendam às demandas do usuário não só no cenário hospitalar, mas também no que se refere à promoção da saúde na atenção domiciliar.

O PADI configura-se numa interface entre os modelos das teorias de enfermagem e as AVD'S, criando novos campos de prática de produção do cuidado transitando para novos campos para a produção do cuidado em saúde a partir da perspectiva da enfermagem.

A Sistematização da Atenção Domiciliar Interdisciplinar pela enfermagem contribui para produção e gerenciamento de serviços de atenção domiciliar, segundo as recomendações da RDC 11 da Anvisa e da Portaria 2.529 do Ministério da Saúde.

Agradecimentos

Este trabalho é parte de projeto de avaliação de um protocolo de atenção domiciliar interdisciplinar pela enfermagem recomendado e aprovado pela Diretoria Executiva do CNPq através do edital universal 2006.

Referências

1. Duarte YAO, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
2. Roach S. Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
3. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. Foster PC, Janssens NP. In: George JB, et al. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 90-107.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Brasília: D.O.U. de 30 de Janeiro de 2006.
6. Ministério da Saúde. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Brasília: MS; 2002.
7. Merhy EE. Feuerwerker LM. Atenção domiciliar: medicalização e substituvidade [online]. [citado em 2007 Mai 2]. Disponível em URL: http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos.php
8. Dupas G, Pinto IC, Mendes MD, Benedini Z. Reflexão e síntese acerca do modelo do auto-cuidado de Orem. Acta Paul Enfermagem 1994;7(1):19-26.
9. Diogo MJDE. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev Latinoam Enfermagem 2000;8(1):75-81.
10. Schier J, Gonçalves LHT. Grupo aqui e agora - uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem 2005;14(2):271-279.

Anexo 01

Avaliação de desempenho e manutenção de atividades de vida
(Estimativa de tipo, prognóstico de alta e permanência do usuário)

A partir da pontuação atribuída a cada item determinar o tempo de permanência, prognóstico do retorno as AVD'S, seguindo a classificação abaixo.

A - Escore Inferior a 15 pontos – Elegível para a Modalidade de Atendimento Domiciliar:
A1 - até 05 pontos – suporte terapêutico e social – independente para as AVD'S - permanência de ____ dias em atendimento domiciliar, com _____ atendimentos semanais;
A2 - 06 a 10 pontos – parcialmente independente – permanência de ____ dias em atendimento domiciliar, com _____ atendimentos semanais;
A3 - 11 a 15 pontos – parcialmente dependente – permanência de ____ dias em atendimento domiciliar, com _____ atendimentos semanais.

B - Escore de 16 a 25 pontos – Elegível para a Modalidade de Internação Domiciliar:
B1 - 16 a 20 pontos - Elegível para a Modalidade de Internação Domiciliar – Baixa Complexidade, parcialmente dependente – permanência de ____ dias em atendimento domiciliar, com _____ atendimentos semanais.
B2 - 21 a 25 pontos – Elegível para a Modalidade de Internação Domiciliar – Média Complexidade, totalmente dependente – permanência de ____ dias em atendimento domiciliar, com _____ atendimentos semanais.

C - Acima de 25 pontos - Elegível para a Internação Hospitalar.

Áreas de avaliação	Itens de avaliação	Pontuação
Cuidador apto	0. Sim	
	1. Não	
Nível de Consciência	0. Alerta/Orientado	
	1. Alerta/Desorientado	
	2. Torporoso	
	3. Coma transitório	
	4. Coma persistente	
Órteses	0. Deambula livremente	
	1. Usa muletas c/ ajuda	
	1. Cadeira de Rodas c/ ajuda	
	1. Uso de Andador c/ ajuda	
	2. Acamado	
Curativos ferida operatória	0. Não necessita	
	1. Pequeno	
	2. Médio	
	3. Grande	
	Infectado – acrescentar +1	
Curativos de úlceras	0. Não necessita	
	1. Grau 1	
	2. Grau 2	
	3. Grau 3	
	4. Grau 4	
Suporte ventilatório	0. Ar ambiente	
	1. Cateter	
	2. Nebulização	
	2. Traqueostomia sem aspiração	
	3. Macronebulização Intermitente	
	4. Macronebulização contínua	
	5. Traqueostomia com aspiração	
	5. Prótese Ventilatória	

Áreas de avaliação	Itens de avaliação	Pontuação
Suporte nutricional	0. Não necessita	
	1. Suplemento Oral	
	1. Alimenta-se com Assistência	
	2. Gastrostomia	
	3. Sonda Nasoenteral	
	3. Jejuno-ileostomia	
	5. Parenteral	
Sistema urinário	0. Controla Esfíncteres	
	1. Dispositivo Urinário Externo	
	2. Sonda Vesical	
	3. Sonda Supra Púbica (Cistostomia) provisória	
Sistema Fecal	0. Controla Esfíncteres	
	1. Uso de Fralda Geriátrica	
	2. Colostomia	
Sistema Terapêutico Oral	0. Não necessita/Não Necessita orientação	
	1. Sintomáticos	
	1. Uso regular	
	Necessita Orientação - +1	
Sistema Terapêutico Parenteral IM E SC	O. Não necessita	
	1. Uso intermitente	
	2. Uso contínuo	
Suporte Terapêutico Venoso	0. Não necessita	
	1. Acesso Venoso Periférico	
	3. Acesso Venoso Profundo	
	3. Cateter Implantado	
	Freqüência de uso 1x - +1	
Banho	0. Sem ajuda	
	1. Não toma banho sozinho	
Vestuário	0. Escolhe a roupa e veste-se completamente sem assistência.	
	1. Escolhe a roupa e veste-se sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	
	1. Recebe assistência para escolher a roupa ou para vestir-se ou não fica vestido, total ou parcialmente.	
Higiene Pessoal	0. Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência.	
	1. Recebe Assistência para ir ao banheiro, para limpar-se ou para arrumar as roupas após eliminação ou no uso de fraldas, papagaio ou comadre.	
	2. Não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas.	
Transferência/Mobilidade	0. Mobiliza-se sem ajuda	
	1. Move-se na cama ou para fora dela, bem como senta-se ou sai da cadeira sem assistência.	
	2. Move-se na cama ou para fora dela com assistência.	
TOTAL DE PONTOS		

Revisão

Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: possibilidades de ação do enfermeiro

Maria Lúcia Finotti Cherézio*, Rita Maria da Silva Grossi*, Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira, M.Sc.**

**Enfermeiras, Instituição de Ensino São Francisco de Mogi Guaçu, **Enfermeiro, Professor do Centro Universitário de Espírito Santo do Pinhal, Instituição de Ensino São Francisco e Coordenador do Curso de Enfermagem da ETEC Pedro Ferreira Alves, filiada ao Centro Paula Souza*

Resumo

O objetivo desta revisão da literatura foi levantar as possibilidades de ação do enfermeiro no que tange auxiliar as mulheres mastectomizadas na busca por melhoria de qualidade de vida. Utilizou-se de publicações em periódicos e livros publicados a partir de janeiro de 2000. O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres e, no Brasil, seu prognóstico é agravado pelo alto índice de detecção tardia, o que dificulta a obtenção de uma melhor qualidade de vida às mulheres acometidas por essa doença. A rede básica de saúde tem papel fundamental no ensino do auto-exame e detecção precoce do câncer de mama devendo explorar mais esse potencial, e o profissional enfermeiro, inserido nesse contexto, tem papel essencial no atendimento dessas mulheres. Observa-se a escassez do especialista em oncologia, o que facilitaria o reconhecimento de grupos de risco e uma melhor adesão dessas mulheres nos programas de saúde. Percebe-se também a importância da parceria com a rede familiar e social como estratégia no enfrentamento da doença e busca por qualidade de vida. Este estudo não encerra o tema, que ainda necessita de aprofundamento para que novas possibilidades de atenção possam ser elaboradas prestigiando uma maior adesão dos profissionais e das mulheres na detecção precoce do câncer de mama, facilitando uma melhor qualidade de vida às mesmas.

Palavras-chave: qualidade de vida, mastectomia, enfermagem.

Abstract

Women's quality of life after mastectomy: possibilities of nurse's actions

This literature review has as objective to find out possibilities of nurse actions to help women, after mastectomy, to have better quality of life. The study researched journals and books published from January 2000. Breast cancer is the most common cancer among women and, in Brazil, its prognosis is worsened due to high rate of cancer delay detection, which makes difficult to improve quality of life of these women. Basic Health has an important role in teaching and demonstrating breast self-examination and early detection of breast cancer and this potential should be more explored. Nurse professional, inserted on

Artigo recebido em 13 de fevereiro de 2009; aceito em 12 de maio de 2009.
Endereço para correspondência: Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira, Av. Pedro Botesi 2555/101, bloco 62, Jd Scomparim 13806-635 Mogi Mirim SP, Tel: (19)3552-3015, E-mail: cherbeu@yahoo.com.br

this context, has an essential role providing care for these women. It was observed lack of this professional on oncology, which would be of great importance to recognize risk groups and to promote adhesion of these women to Health programs. Also, we feel the importance of social and family support as strategy to face the disease and to look for better quality of life. This study does not stop this theme, it needs more researches in order to build new possibilities of caring with more professionals and women's adhesion in order to early detect breast cancer, providing better quality of life for these women.

Key-words: quality of life, mastectomy, nursing.

Resumen

Calidad de vida en mujeres mastectomizadas: posibilidades de acción del enfermero

Este estudio consistió de una revisión bibliográfica que tuvo el objetivo de verificar las posibilidades de acción del enfermero en ayudar a mujeres mastectomizadas en la búsqueda por una mejor calidad de vida. Fueron utilizados periódicos y libros a partir del 2000. El cáncer de mama es el tumor más prevalente entre las mujeres y, en Brasil, su pronóstico se agrava por el alto índice por detección tardía, lo que dificulta la obtención de una mejor calidad de vida para esas mujeres acometidas por esa enfermedad. La zona básica de salud tiene papel fundamental en la enseñanza del autoexamen y detección precoz del cáncer de mama, explorando más ese potencial, y el profesional enfermero, dentro de este contexto, tiene papel central en la atención a esas mujeres. Se observa la escasez de especialistas en oncología, lo que facilitaría el reconocimiento de grupos de riesgo y una mayor adhesión de esas mujeres a los programas de salud. Se percibe también la importancia del apoyo familiar y social como estrategia para mantener una actitud de lucha contra esa enfermedad y la búsqueda por calidad de vida. Este estudio no agota el tema, que aún necesita profundizarse para que nuevas posibilidades de atención se puedan plantear prestigiando una mayor adhesión de profesionales y de mujeres en la detección precoz del cáncer de mama, facilitando una mejor calidad de vida para las mismas.

Palabras-clave: calidad de vida, mastectomía, enfermería.

Introdução

Considerando a importância do tema, buscou-se aprofundar a discussão acerca das relações entre qualidade de vida (QV) de mulheres mastectomizadas e as possibilidades de ação do enfermeiro. Através de uma revisão sumária da literatura estabeleceu-se um diálogo interdisciplinar, na busca do avanço do conhecimento e da relevância de um tema considerado de grande importância, tanto para a prática hospitalar quanto para a saúde coletiva, na busca constante de melhoria na promoção da saúde.

O termo QV abrange significados diversos como conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade refletindo o momento histórico, social e cultural ao qual pertencem. A pesquisa da QV em saúde é de valor imprescindível, já que contribui para a determinação de tratamentos e avaliação de custo-benefício dos mesmos [1].

Muitos estudos são encontrados na literatura internacional que avaliam QV, que foi definida pelo *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" [2].

Em 1994, na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, Rufino Netto refere que "QV boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver ao máximo suas potencialidades como: viver, sentir e amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes". Ressalta ainda que "falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo operativo" [3]. A classe médica utiliza o termo QV para designar o bom funcionamento dos sistemas do organismo, perdendo a noção dessa qualidade como algo holístico e que traz implicações sócio-culturais ao indivíduo.

A literatura nacional apresenta pesquisas que buscam mensurar QV e para isto utilizam questionários gerais e específicos já validados ou desenvolvidos para grupos específicos, porém, existe a necessidade da avaliação de vários aspectos para mensurar a QV, tais como: apresentação de sintomas e seu grau de acometimento, o estado emocional e de humor, a adaptação da aparência física. É destacada a utilização desses instrumentos, no entanto os instrumen-

tos específicos apresentam-se mais sensíveis para doenças crônico-degenerativas, os mais eleitos para o uso clínico [4].

O profissional de enfermagem é o que mais tempo permanece junto ao cliente e seus familiares, sendo considerado um verdadeiro elo com todos os envolvidos, interando-os na busca por recursos que possibilitem proporcionar uma melhor QV à pessoa enferma [5]. Podemos então considerar que o enfermeiro age neste contexto como agente transformador e tradutor das informações técnicas para o cotidiano do indivíduo, facilitando o entendimento dessas, e proporcionando a sensação de tranqüilidade e QV para seus clientes.

O enfermeiro pode interagir com seu cliente como agente terapêutico no relacionamento interpessoal transformando situações de cuidado em experiências de aprendizagem e crescimento recíproco [6].

Diversos são os tratamentos direcionados ao portador de câncer e os enfermeiros os reconhecem, porém, é necessário que as prioridades não recaiam apenas no manejo da doença, mas que haja entendimento de todo o ambiente construído ao seu redor. São infinitivamente complexas as funções que envolvem o senso do corpo, sendo essas a soma das suas particularidades biológicas, em especial, no câncer. Portanto, além das técnicas utilizadas no tratamento, o enfermeiro também deve incluir o mundo do corpo do paciente, no sentido sociológico [7].

O câncer é considerado uma doença crônico-degenerativa e pelo diagnóstico precoce e evolução técnico-científica conferem possibilidade de cura ou uma sobrevida maior ao seu portador [8]. O câncer de mama é considerado um grave problema de saúde pública, por conseqüência, é uma das mais importantes causas de morbimortalidade na mulher em quase todo o mundo, sendo assim, a detecção precoce possibilita um tratamento menos mutilante e cerca de setenta por cento dos cânceres de mama são tardiamente diagnosticados dificultando a possibilidade de cura. A cirurgia ainda é o processo mais utilizado para prevenir a disseminação da doença, sendo que a técnica dependerá da gravidade do quadro [9].

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer [10], o número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2008 é de 49.400, com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres.

A situação vivenciada pela mulher mastectomizada imprime à equipe de saúde reflexão acerca do papel dos profissionais no atendimento à mulher, isto porque, as mamas, símbolos de beleza, sensualidade e fonte de alimento aos recém-natos, quando estirpadas cirurgicamente, gera na mulher variados sentimentos. O vazio configurado na percepção da mulher associa-se ao medo da doença, a desconfiguração do "normal" e a problemas sexuais com o parceiro. Todas estas apreensões percebidas pela mulher mastectomizada podem ser superficialmente sentidas pela enfermagem. Vale ressaltar que, a enfermagem deve subsidiar a assistência com um ouvir diferenciado, fornecendo o aporte emocional necessário à cliente.

Entende-se como objetivo desse trabalho, discutir as possibilidades de ação do enfermeiro no auxílio à busca por QV das mulheres mastectomizadas.

Material e método

Foi realizado estudo de revisão bibliográfica sobre a temática "qualidade de vida de mulheres mastectomizadas", sendo que os dados obtidos foram selecionados através de livros e artigos científicos, quando esses se mostraram relevantes à temática, no período de janeiro de 2000 a março de 2007. Foram usados os descritores: enfermagem, qualidade de vida, oncologia, câncer de mama e mastectomia.

Considerações acerca do câncer de mama

O câncer de mama é mais comum em mulheres pós-menopausa, e o Brasil carrega em suas estatísticas ser o país que apresenta o maior número de casos, tendo também o pior diagnóstico entre as mulheres jovens em relação às idosas [11].

Os fatores de risco para o câncer de mama, segundo o Ministério da Saúde, abrangem: menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação após os trinta anos, nuliparidade, doenças mamárias, história familiar de câncer de mama e dieta rica em gorduras. O controle do câncer de mama é preconizado pelo Ministério da Saúde, porém, não raramente as mulheres são desestimuladas pelo difícil acesso e demora no atendimento nos serviços de saúde, agravados pela falta de profissionais qualificados [12].

É reconhecida a multiplicidade do câncer, sendo que o de mama traz uma alteração singular às suas portadoras, levando essas a questionamentos como mulher. E por parte dos profissionais de saúde

há a necessidade do desenvolvimento de habilidades que auxiliem essas mulheres no enfrentamento das dificuldades do tratamento e suas conseqüências [13].

Não raramente existem as dificuldades da rede básica de saúde na detecção precoce do câncer de mama acrescentados aos fatores que diz respeito às mulheres, tais como, seus preconceitos e timidez na realização do auto-exame, elementos esses que podem interferir de forma singular na detecção precoce [14]. O câncer ainda é uma das doenças que mais causa incertezas ao seu portador em qualquer estágio, começando pelo impacto do diagnóstico, incertezas quanto aos tratamentos e seus resultados, medo do prognóstico, sofrimento e possível morte [15].

A complexidade do tratamento da pessoa com câncer, por vezes, acaba debilitando o organismo como um todo. Este processo de mudança pode acabar interferindo negativamente também na auto-imagem corporal comprometendo a sexualidade humana deste indivíduo, afetando seu cotidiano nos aspectos biopsicossocial podendo evoluir para quadros depressivos [16].

O diagnóstico do câncer, entre eles o de mama, repercute profundamente no cotidiano dessas mulheres, ocasionado pelas mudanças no modo de viver devido ao tratamento, podendo interferir, muitas vezes, de forma negativa na QV necessitando de intervenções para amenizar esse impacto [17]. Com a evolução dos tratamentos oncológicos tem ocorrido uma maior sobrevida dessas pacientes, necessitando de recursos, em especial humanos, que auxiliem na busca de uma melhor QV para as envolvidas [18].

O diagnóstico de câncer normalmente é recebido com impacto, muitas vezes negativo na vida do portador, levando-o a questionamentos mútuos. Por outro lado, pode ser considerado como um divisor de águas, onde a pessoa passa a repensar seu modo de vida e, a partir daí, resgata valores e princípios, muitas vezes esquecidos por interesses materialistas [19].

Diante do resultado observado na literatura pesquisada, tornou-se evidente a necessidade da efetividade dos profissionais de saúde envolvidos com essa clientela. O enfermeiro deve desenvolver seu papel tanto de cuidador quanto de educador em saúde, possibilitando uma maior adesão das mulheres no auto-exame, facilitando o diagnóstico precoce, possibilitando maior chance de cura ou mesmo uma maior sobrevida às mulheres acometidas pelo câncer de mama.

A mastectomia e suas representações

A mastectomia consiste na retirada da glândula mamária por meio de terapia cirúrgica. O tipo de cirurgia vai depender do estágio clínico da doença, de achados radiológicos, localização do tumor, história da cliente, experiência cirúrgica e em radioterapia disponível, tamanho e formato da mama e preferência da cliente [20].

O grau de percepção da mulher no que tange o impacto da mastectomia em seu cotidiano irá determinar o controle no auto-exame e a procura por profissionais de saúde [21].

Pela representação física e emocional que a mastectomia acarreta às mulheres, elas experienciam o impacto da mutilação, da limitação física, da necessidade de cuidado com seu próprio corpo, da sensação de impotência ao retornar para casa, e, por fim, da necessidade de conformar-se e adaptar-se a essa nova condição [22].

O desajuste por que passam as mulheres mastectomizadas pode levar a traumas psicológicos pela impossibilidade do retorno normal às suas atividades de vida diária logo após a cirurgia. Por outro lado, o positivismo da convivência e troca de experiências com mulheres que já vivenciaram a mastectomia, possibilita a diminuição dos estigmas da doença e uma maior interação social [15].

A relação familiar saudável torna possível um melhor enfrentamento da doença e, o parceiro sexual tem um papel fundamental nesse processo, sendo estimulador e cuidador nessa nova fase de reabilitação [23]. Observa-se também nas mulheres mastectomizada, a substituição da imagem corporal perfeita por uma imagem distorcida, levando-as a sentirem-se rejeitadas na sociedade, predispondo-as ao isolamento social, e a realidade de uma doença grave que pode ser revertida em estratégias de enfrentamento, levando-as a repensar seu cuidado com a saúde [19].

Diversos são os tratamentos direcionados à mulher mastectomizada. Estes incluem entre outros a quimioterapia, a radioterapia e os tratamentos hormonais. Neste capítulo o levantamento bibliográfico realizado nos leva a concluir que a mulher mastectomizada necessita de um tratamento individualizado. Ao enfermeiro, cabe o desenvolvimento da percepção acerca das necessidades da mulher para a elaboração de um plano de cuidados que facilitem a busca destas por uma melhor QV.

O que vem a ser qualidade de vida?

O termo QV, em especial na área da saúde, está intimamente relacionado às condições de vida de uma população, normalmente mensurada à oferta de infra-estrutura básica, educação, trabalho, habitação, saúde entre outras necessidades peculiares a cada grupo sociocultural distinto.

Diferentes autores e relatórios sobre saúde mundial, *World Health Organization* (WHO, 1998) e da região das Américas, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1998), salientam que as condições de vida têm melhorado graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais elevando consideravelmente a expectativa de vida dos indivíduos. Também, a desigualdade social, onde problemas de saúde já sanados em muitos lugares e persistentes em outros, como é o caso das doenças parasitárias, alertam para as novas questões que emergem como problemas de saúde na atualidade (drogas, violência, estresse), necessitando de desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento das mesmas [24].

O grupo de estudo sobre QV da Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", são seis os domínios principais que abrangem esta definição: "saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual" [1].

A definição da promoção da saúde descrita na carta de Ottawa (WHO, 1986) se dá da seguinte forma: "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". No Brasil pode-se observar esse processo por meio da mudança de estratégia que vem sendo implantada com a introdução dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, amparados ainda pela mudança legislativa e melhoria na renda, impulsionando desta forma a QV e condições de saúde da população [24].

A tendência universal, incluindo os países em desenvolvimento, está no aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e do perfil de morbimortalidade, sendo a oncologia, a especialidade que mais tem se preocupado com a mensuração da QV de seus portadores devido aos avanços tecnológicos e efetividade dos tratamentos. A QV inicialmente era avaliada por um observador, método hoje já contestado por vários estudiosos, que afirmam que a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa [25].

A QV abrange aspectos relacionados "... ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial", pode ser determinada pelos valores culturais e sociais variando individualmente conforme os graus de expectativas e a realidade vivenciada [3].

É observada a importância do papel da família no cotidiano de mulheres com câncer, onde a busca por saúde e QV é compartilhada, muitas vezes, pela troca dos mais diversos sentimentos humanos como "afetividade, carinho e compreensão" [26].

Baseado na literatura encontrada, infere-se que o enfermeiro deve se inserir neste contexto como agente facilitador desse processo, onde, a partir de conhecimentos teóricos enriquecidos pela sua vivência prática, ajuda a cliente a buscar caminhos que facilitem o enfrentamento da doença e a busca por uma melhor qualidade de vida.

Quais as possibilidades de atuação do enfermeiro no auxílio ao resgate da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas?

Na área da saúde, a enfermagem se destaca por ser a profissão que mais tempo permanece junto ao cliente, e esse cuidado abrange todos os níveis de prestação de serviços, que vai desde a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento em todas as fases da patologia até a reabilitação, quando essa se faz necessário. Diante dessa premissa, o enfermeiro deve agir como educador e facilitador nas oportunidades que ocorrem na relação enfermeiro/cliente, criando possibilidades de aprendizagem mútua e facilitando a busca por uma melhor QV de seus clientes.

O cuidado de enfermagem tem que atingir as totais necessidades do ser humano, e, na atualidade, percebe-se que esse cuidado vem se tornando mecanicista, dificultando assim a obtenção de resultados positivos. Cabe ao enfermeiro reconhecer seu próprio "eu" para depois auxiliar o outro na sua existência [27].

Os enfermeiros deveriam explorar mais seu campo de atuação no que tange a conscientização e esclarecimentos sobre o autocuidado e diagnóstico precoce do câncer de mama, possibilitando à mulher uma maior adesão aos programas de saúde e seus direitos como cidadã [11].

As mulheres, no seu existir vão acumulando experiências que refletirão em suas escolhas futuras, e isto é evidenciado na percepção do câncer de mama implicando no autocuidado e busca precoce de tratamento, e ao enfermeiro cabe assistir efetivamente essas mulheres, realizando a abordagem conforme o grau de conhecimento de cada uma, no intuído de atingir de forma adequada tanto a assistência quanto à educação em saúde [21]. Nesse contexto o enfermeiro deve desenvolver estratégias que facilitem o esclarecimento da importância do auto-exame, do diagnóstico precoce e dos variados modos de tratamento do câncer de mama.

Existe a importância do papel do enfermeiro como educador no processo de aceitação da doença e reabilitação frente a grupos de auto-ajuda, onde a cliente deve ser vista na sua integralidade e individualidade, sendo que o tratamento humanizado se perfaz por um profissional presente e atencioso, características que não devem faltar ao enfermeiro, em especial, na área da oncologia [15].

É observada uma crítica à falta de profissionais preparados para o atendimento de mulheres portadoras de câncer de mama, e o aprimoramento do enfermeiro facilitaria o *feedback* necessário na interação enfermeiro/cliente, diminuindo assim os riscos de complicações pós-operatórios e facilitando as articulações com outros profissionais envolvidos no atendimento dessa clientela [28].

Uma das ferramentas que o enfermeiro possui está na comunicação, que deve acontecer de forma harmoniosa, possibilitando a criação de um vínculo de confiança entre enfermeiro/cliente. Podemos afirmar, ainda, que a comunicação proporciona maior possibilidade de tratamento eficaz e humanizado. A assistência integrada e contínua do enfermeiro no período de internação proporciona uma maior adesão ao tratamento e autocuidado por parte das clientes que percebem suas reais necessidades alcançadas, garantindo assim o envolvimento necessário enfermeiro/cliente [29].

Outra forma de cuidado é a comunicação verbal e a não-verbal e o enfermeiro deve desenvolver esta habilidade, facilitando desta forma a identificação dos problemas e a busca por soluções [30].

Observa-se a importância do elo enfermeiro/cliente/rede social no processo de reabilitação da mulher mastectomizada, onde o parceiro se destaca como aliado do enfermeiro para que as metas sejam alcançadas [23].

A tecnologia tem modificado o prognóstico oncológico e, diante desse fato, há a necessidade do aprimoramento do enfermeiro tanto técnico quanto emocional, o que facilitaria o reconhecimento de reações observadas no período de adaptação e ajuste psicológico da cliente aumentando a probabilidade da eficácia do tratamento [8].

A comunicação efetiva enfermeiro/cliente facilitará a busca por soluções de problemas no percurso do tratamento, além disso, proporcionará condições para a elaboração de novos padrões de comportamento por parte da cliente, os quais auxiliarão na melhoria de sua QV [31].

A reflexão bioética deve fazer parte do cotidiano do enfermeiro na sua relação com a mulher acometida por câncer de mama, facilitando a busca destas por autonomia sobre seu corpo e seu tratamento [32].

O enfermeiro envolvido com pacientes oncológicos não deve se ater apenas aos cuidados biológicos, mas procurar compreender sua doença e as suas conseqüências, elaborando um plano de cuidados que contemple o bem estar físico e emocional desta cliente [7].

Durante a evolução do tratamento do paciente oncológico, vai se instalando uma relação de troca mútua enfermeiro/cliente, que vai além do cuidado físico, envolve afetividade. O enfermeiro deve desenvolver estratégias para lidar com as diversas situações que poderão surgir, entre elas a morte, que, por vezes, pode gerar conflitos existenciais e interferir de forma negativa na vida desse profissional [33].

Pelas leituras realizadas, os autores reconhecem que ao enfermeiro cabe agir neste contexto com pensamento crítico, proporcionando um cuidado individualizado, adequando o ambiente às necessidades, interagindo nas relações interpessoais de forma harmoniosa, gerenciando e administrando situações que favoreçam o restabelecimento adequado da cliente.

Percepções acerca do cuidar em oncologia

Diante da incidência do câncer de mama feminino e da evolução dos tratamentos que tem permitido uma maior chance de cura e sobrevida, é pertinente a preocupação do enfermeiro na mensuração da QV desse grupo, bem como a discussão acerca das possibilidades de ação no seu cotidiano, favorecendo assim uma assistência que atinja e respeite a individualidade de cada cliente.

A rede básica de saúde necessita de estratégias que facilitem à mulher reconhecer-se capaz de se auto-examinar, o que possibilitaria a detecção precoce do câncer de mama [14]. No Brasil existe uma maior preocupação em mensurar as causas da mortalidade feminina em vez de desenvolver estratégias que interfiram na diminuição destas, incluindo o índice de câncer de mama. Além disso, há pouca oferta de profissionais qualificados na área oncológica [12].

Percebe-se a necessidade de profissionais com habilidades específicas para auxiliar a mulher no enfrentamento do câncer de mama [13]. Também é observado a não procura pelo diagnóstico precoce por parte da mulher, tendo como barreira o fato de já ter vivenciado a doença na família [7].

Alguns autores referem a relevância na terapia de grupos e da participação das famílias e amigos na evolução do tratamento e reafirmam isto quando enfatizam que a mulher necessita de ajuda durante o percurso da doença [5,11]. Sabemos que a mastectomia não encerra o tratamento do câncer de mama, em especial quando esse procede de radioterapia sendo mais comuns as complicações e limitações, e percebe-se que a cirurgia conservadora favorece uma maior QV à mulher [21].

A decisão pela mastectomia acaba sendo do médico. Nesse momento, a mulher está com suas preocupações voltadas ao tratamento e a uma possível recorrência da doença, e uma cirurgia conservadora possibilitaria uma maior QV, porém, a mulher acaba se colocando em condições desfavoráveis para decidir o modo de tratamento, provavelmente pelos fortes estigmas da doença que traz enraizadas incertezas quanto ao futuro [24].

Várias linhas de pensamento têm definido QV, porém todos concordam que é uma percepção individual que sofre fortes influências de fatores externos [3,24,25]. Na área clínica percebe-se que a mensuração da QV prestigia a avaliação dos tratamentos e custo/benefícios dos mesmos, nem sempre respeitando a individualidade de cada um [1].

É reconhecida a dimensão do campo de atuação do enfermeiro que abrange todos os estágios do cuidar, que vão desde a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da cliente.

São apontadas várias formas de atuar que contribuam com o cuidar dessas clientes, dentre elas podemos citar: empatia, comunicação verbal e não-verbal, assistência integrada e contínua, envolvimento com grupos de apoio destacando a importância da família e do parceiro, aprimoramento técnico e emocional, reflexão bioética, orientação e educação no período pós-operatório, e por fim, a importância do envolvimento em pesquisa oncológica direcionada à enfermagem [8,22,23,26,29.30,32].

Após o levantamento realizado existe a concordância com os autores nos achados, e acrescenta-se que há a necessidade de mais estudos para direcionar caminhos que se possam trabalhar com essas clientes, possibilitando uma maior adesão ao autocuidado e a detecção precoce, fatores essenciais na facilitação da busca por uma melhor QV dessas mulheres.

Conclusão

Na pesquisa constatou-se que o auto-exame das mamas e diagnóstico precoce do câncer de mama são fatores essenciais para proporcionar condições de uma melhor QV às mulheres que necessitam submeter-se à mastectomia. Observamos também a importância na atuação da rede básica de saúde no que tange a esses cuidados, e a necessidade da elaboração de estratégias que facilitem a detecção precoce do câncer de mama, possibilitando a diminuição dos diagnósticos tardios, ainda prevalentes no Brasil.

Percebeu-se ainda o papel imprescindível do enfermeiro como elo entre todos os envolvidos no cotidiano das mulheres mastectomizadas, porém, é reconhecida a escassez do enfermeiro especializado em oncologia, em especial, no atendimento a essas mulheres.

A identificação pelo enfermeiro de grupos que apresentam fatores de risco para o câncer de mama, preconceitos quanto ao auto-exame, ausência ou baixa percepção do impacto da mastectomia irão determinar estratégias na abordagem dessas clientes, para que possam desenvolver seu potencial de autocuidado e procura por profissionais de saúde, propiciando uma melhor QV.

O enfermeiro deve estabelecer suas ações de forma que proporcione um cuidado diferenciado, sendo agente educador e facilitador nas ações de prevenção, desenvolvendo planejamento individualizado no percurso do tratamento, criando vínculos com os envolvidos, possibilitando uma melhor adesão ao tratamento e participação em grupos de auto-ajuda, valorizando o papel da família, amigos e, principalmente, do parceiro no enfrentamento e adaptação da mulher nessa nova fase.

Em qualquer estágio que esteja o cuidar, o enfermeiro deve agir com primazia, elemento faci-

litador para a busca de uma melhor QV para essas clientes.

Esse trabalho não esgota o tema, há a necessidade de aprofundamento e publicações de estudos que prestigiem a QV de mulheres mastectomizadas. Recomenda-se aos enfermeiros especializados em oncologia que direcionem seus estudos para a facilitação da QV em mulheres mastectomizadas e as possibilidades de ação do enfermeiro, prestigiando assim a melhoria da saúde da mulher.

Referências

1. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(4):532-8.
2. Toledo RCMR. Qualidade de vida: adaptação cultural do Spitzer Quality of Life Index. [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva 2000;5(1):7-18.
4. Moreira ECH, Manaia CAR. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Semina Cienc Biol Saúde 2005;26(1):21-30.
5. Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(6):951-9.
6. George JB. Teorias de Enfermagem: os fundamentos a pratica profissional. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 45-57.
7. Anjos ACY, Zago MMF. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(1):33-40.
8. Silva MAPD, Silva ARB, Silva EM. Oncologia e ética: relações e aproximações. Rev Paul Enfermagem 2001;20(1):42-50.
9. Granja CF. O impacto físico-emocional do câncer de mama em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico: uma abordagem fisioterapêutica. [TCC]. Cascavel: Unioeste; 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008 Brasil Consolidado [online]. [citado 2009 mai 26]. Disponível em URL: http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5
11. Araújo JS, Nascimento MAA. Atenção da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama. Rev Bras Enfermagem 2004;57(3):274-8.
12. Fialho AVM, Silva RM. Câncer de mama: o pensar e o fazer das mulheres. Rev Bras Enfermagem 2004;57(2):157-60.
13. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Junior J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 2006;33(3):124-33.
14. Davim RMB, Torres GV, Cabral MLN, Lima VM, Souza MA. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(1):21-7.
15. Fernandes AFC, Rodrigues MSP, Cavalcanti PP. Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. Rev Bras Enfermagem 2004;57(1):31-4.
16. Melo AS, Carvalho EC, Pelá NTR. The sexuality of patients with onco-hematological diseases. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(2):227-32.
17. Furlani R, Ceolim MF. Qualidade do sono de mulheres portadoras de câncer ginecológico e mamário. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(6):872-8.
18. Silveira CS, Zago MMF. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(4):614-9.
19. Rzeznik C, Dall'Agnol, CM. (Re) Descobrindo a vida apesar do câncer. Rev Gaúch Enferm 2000;21(Supl):84-100.
20. Otto SE. Câncer Mamário. Oncologia. Traduzido por: Gomes IL, Santos AB. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2002. p. 105-21.
21. Fugita RMI, Gualda DMR. A causalidade do câncer de mama à luz do modelo de crenças de saúde. Rev Esc de Enferm USP 2006;40(4):504-6.
22. Ferreira MLJM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(3):299-304.
23. Biffi RG, Mamede MV. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. Rev Esc Enferm USP 2004;38(3):262-9.
24. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva 2000;5(1):163-77.
25. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública 2004;20(2):580-8.
26. Sales CA, Molina MAS. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. Rev Bras Enfermagem 2004;57(6):720-3.
27. George JB,eds. Teorias de Enfermagem. 4a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 253-65.
28. Panobianco MS, Mamede MV. Complicações associadas ao edema de braço nos três primeiros meses após mastectomia. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):544-50.
29. Sousa RA, Pessoa SMF, Herculano MMS, Vale MAP. A comunicação durante a visita ao leito como fator de qualidade da assistência de enfermagem. In: Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Anais online]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002 [citado 2007 Mar 25]. Disponível em URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.
30. Bobroff MC, Furegato ARF, Scatena MCM. O enfermeiro na relação de ajuda a paciente com câncer. Rev Paul Enfermagem 2003;22(3):158-65.
31. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4a ed. São Paulo: Loyola; 2006.
32. Arantes SL, Mamede MV. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(1):49-58.
33. Popim RC, Boemer MR. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(5):677-85.

Atualização

Crianças e adolescentes no Brasil: um resgate da trajetória histórica e das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência desvalidas

Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke, M.Sc.*, Adriana Dora da Fonseca, D.Sc.**

**Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade/ GEPEGS, Coordenadora do Curso de Enfermagem Faculdades Anhanguera Atlântico Sul Pelotas, **Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da FURG, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade/GEPEGS*

Resumo

A existência de crianças e adolescentes nas ruas em um contexto de abandono e exclusão social é um fenômeno tão antigo que se confunde com a história de nosso país. Neste sentido o presente trabalho consiste em uma reflexão, a partir de um recorte da dissertação de mestrado intitulada "Sexualidade e gênero: a história oral de adolescentes com vivências de rua", do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, o qual busca discorrer sobre a trajetória histórica de crianças e de adolescentes brasileiras e das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência desvalidas. Percebemos ao longo da trajetória histórica que o cenário de violações, injustiças sociais e abandono começa a se delinear ainda no período de colonização do Brasil e que as políticas públicas voltadas a esse grupo social inicialmente apresentavam um caráter muito mais higienista e segregador do que inclusivo.

Palavras-chave: políticas públicas, menores de rua, enfermagem, exclusão social.

Abstract

Children and adolescents in Brazil: recovery of historical and public policy trajectory of defenseless childhood and adolescence

The existence of street children and adolescents in a context of abandonment and social exclusion is an old phenomenon that it is mixed-up with the history of Brazilian country. In this meaning, this study consists of a reflection, based on a master's dissertation titled "Sexuality and gender: oral story of adolescents who have experienced the reality on the streets", of Post-Graduation Program in Nursing of Fundação Universidade Federal do Rio Grande, which intends to describe the historical trajectory of Brazilian children and adolescents, and also the public policy related to defenseless children and adolescents. We have noticed, during the historical trajectory, that the scenery of violations, social injustices and abandonment starts in

Artigo recebido em 16 de fevereiro de 2009; aceito em 13 de maio de 2009.
Endereço para correspondência: Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke, Rua Anchieta 784/102 Centro 96015-420 Pelotas RS, Tel: (53)3272-2536, E-mail: kmila.enf@ig.com.br

the colonization period in Brazil, and that the public policies for this social group showed, initially, a more segregated and hygienist character than inclusive.

Key-words: public policies, street children, nursing, social exclusion.

Resumen

Niños y adolescentes en Brasil: un rescate de la trayectoria histórica y de las políticas públicas dirigidas a la infancia y adolescencia desvalidas

La existencia de niños y adolescentes en las calles en un contexto de abandono y exclusión social es un fenómeno tan antiguo que se confunde con la historia de nuestro país. En este sentido el presente trabajo consiste en una reflexión, a partir de un recorte de la disertación de maestría titulada "Sexualidad y género: la historia oral de adolescentes con vivencias de la calle", del Programa de Postgrado en Enfermería, de la Fundação Universidade Federal do Rio Grande, en que se busca discurrir sobre la trayectoria histórica de niños y adolescentes brasileros y de las políticas públicas dirigidas a la infancia y adolescencia desvalidas. Percibimos a lo largo de la trayectoria histórica que el escenario de violaciones, injusticias sociales y abandono comienza a delinearse desde el periodo de colonización de Brasil y que las políticas públicas dirigidas a ese grupo social, inicialmente presentaban un carácter mucho más higienista y segregador que inclusivo.

Palabras-clave: políticas públicas, menores en situación de calle, enfermería, exclusión social.

Introdução

A existência de crianças e adolescentes nas ruas em um contexto de abandono e exclusão social é um fenômeno tão antigo que se confunde com a própria história de nosso país. Importamos do continente europeu crianças e adolescentes vitimadas pela exploração de seus corpos, tanto no que se refere à questão do trabalho árduo e insalubre quanto ao abuso sexual. No entanto, com o decorrer do tempo, de forma lenta e sutil, foram garantidos em lei seus direitos, bem como políticas públicas destinadas a essa população.

Neste sentido as reflexões que seguem constituem-se em um recorte da dissertação de mestrado intitulada "Sexualidade e gênero: a história oral de adolescentes com vivências de rua" [1], do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Fundação Universidade Federal do Rio Grande e buscam discorrer sobre a trajetória histórica de crianças e adolescentes no Brasil e das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência desvalidas.

Identificamos como sendo necessário dividirmos a construção deste texto em dois pilares: o primeiro refere-se ao resgate histórico, ou seja, da maneira como se construiu a história de crianças e adolescentes no Brasil, tendo como foco principal os cuidados de saúde dispensados a este grupo social em diferentes momentos da história, com ênfase especial as questões referentes ao abandono. O segundo busca discutir a evolução das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência desvalidas, inicialmente construídas com ênfase no assistencialismo e na filantropia, até a elaboração e efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Crianças e adolescentes do Brasil colônia ao Brasil contemporâneo

A história de desrespeito, violência sexual, maus-tratos, trabalho infantil, fome e miséria na infância e adolescência no Brasil, iniciou nas caravelas portuguesas, que desbravando as águas oceânicas, trouxeram, no seu interior, crianças e adolescentes que, juntamente com adultos, colonizaram o país. As crianças e adolescentes, nas embarcações lusitanas do século XVI, subiam a bordo na condição de pagens, grumetes, órfãs do Rei enviadas ao Brasil para casarem com os súditos da Coroa, ou como passageiras/os em companhia de pais ou parentes [2].

Independentemente da condição em que estes miúdos se encontravam, eles eram quem mais sofriam com as grandes aventuras marítimas. Os grumetes e os pagens eram vítimas de abusos sexuais de marujos violentos; nem mesmo as crianças acompanhadas dos pais livravam-se da ação de pedófilos; e as órfãs do rei tinham de ser protegidas e vigiadas a fim de se manterem virgens até que chegassem à colônia [2].

Para os portugueses, as crianças eram consideradas pouco mais do que animais, cuja força de trabalho deveria ser aproveitada até que sua vida fosse exaurida, sendo que sua expectativa de vida girava em torno de 14 anos entre os séculos XIV e XVIII [2].

No Brasil, em períodos anteriores a colonização, os índios, habitantes nativos, possuíam uma expectativa de vida em torno de 120 anos e um baixo índice de mortalidade infantil entre eles. Ao penetrarem na nova colônia, os portugueses não trouxeram apenas mudanças no padrão cultural, com a introdução de novos costumes, mas também diversos microrganismos e doenças estranhas a esse meio, destacando-se a varíola que causou danos irreparáveis a vida [3].

A ação dominante portuguesa sobre o povo nativo da nova colônia iniciou-se mais incisivamente a partir de 1549, quando desembarcaram aqui os jesuítas liderados pelo Padre Manoel da Nóbrega, que com outros padres compunham a "Companhia de Jesus". O objetivo desta Companhia era a evangelização das crianças indígenas, que eram vistas como "um papel branco, a cera virgem, em que se tanto desejava escrever-se e inscrever-se" [4:58].

O século XVIII foi marcado pelo descaso com o cotidiano da infância, em especial a forma como viviam crianças escravas e pobres. Nas senzalas, onde habitavam escravas/os de um mesmo proprietário, era comum ver crianças freqüentando todos os lugares, inclusive as habitações dos senhores, convivendo com seus filhos e relacionando-se com suas donas [5].

A Lei do Ventre Livre, em 1871, tornou libertos os filhos das escravas, que passaram a ser criados pelos seus senhores [3].

O nascimento de uma criança negra era a certeza da existência de uma ama-de-leite capaz de amamentar as/os filhas/os dos senhores, em detrimento da sobrevivência do filho dessa escrava, que não tinha nenhum valor para a burguesia. Como o aleitamento era visto com bons olhos pela igreja, as escravas que davam à luz eram até mesmo alugadas para amamentar crianças nobres [5].

As primeiras formas de abandono surgem ainda nesse período, quando os senhores, querendo fazer uso de suas escravas cativas como amas-de-leite, abandonavam os filhos das mesmas. Ademais, para a burguesia, as crianças negras só começavam a trazer lucro na faixa de sete, oito anos, quando iniciavam a trabalhar como mensageiros, carregadores de encomendas, entre outras atividades, o que fomentava a prática do abandono, pois representava prejuízos financeiros aos senhores [3].

O século XVIII ainda foi marcado por uma preocupação maior por parte da Medicina, no que se refere aos aspectos relacionados à saúde de crianças e adolescentes. A alimentação na primeira infância ganha ênfase, fazendo com que médicos estrangeiros dirigissem duras críticas à forma como as escravas alimentavam as crianças brancas: "com mingau de tapioca que elas lhes levavam à boca servindo-se para isso dos dedos". Assim, introduziam-se alimentos indigestos como cevadas, farinha e feijão cozido, com a idéia de engordar as crianças, dar-lhes o que comer [6:88].

As doenças da infância e adolescência, nos meados do referido século, eram associadas a ações de bruxas, de quem as amas deviam defender essas crianças, sendo as doenças mais comuns "o mal dos sete dias", a sarna, a erisipela e a "bexiga". A mortalidade infantil foi abrandada, porém ainda gerava inquietações nos higienistas do século XIX [6:91].

Acariciar os filhos, contar-lhes histórias, aproximar-se com ternura e iniciar sua alfabetização eram consideradas atitudes exclusivamente femininas, fortalecendo-se, nessa época, o vínculo mãe/filho [6], o que, a partir de uma perspectiva de gênero, pode explicar as cobranças e responsabilidades delegadas à mulher em ser a mantenedora de afeto e educação dos filhos, ainda observadas nos dias de hoje, mesmo que seja efetiva a participação paterna.

Porém, nesse período, as violências dirigidas às mães atingiam também suas/seus filhas/os. Não foram poucas as famílias que entregaram mães e filhas/os à própria sorte, de modo que a fome, o abandono, a instabilidade econômica e social ficaram impressas em muitas crianças que se encontravam esmolando nas portas das igrejas junto com suas mães [6].

Dessa forma, durante os séculos XVIII e XIX, foram criadas várias "Casas dos Expostos", junto às Santas Casas de Misericórdia [7]. Estas casas tinham por objetivo acolher crianças abandonadas, até completarem sete anos de idade. Assim, as/os filhas/os fora do casamento e a situação de pobreza das famílias fizeram aumentar o número de crianças abandonadas no país, fazendo surgir, em 1726, na Bahia, a "Roda dos Expostos".

No Rio Grande do Sul foram criadas três rodas de expostos com o mesmo espírito filantrópico: a de Porto Alegre, em 1837; a da cidade do Rio Grande, em 1838; e a de Pelotas, em 1849 [8].

De modelo europeu, a roda consistia em um equipamento cilíndrico onde se colocava a criança abandonada que seria recebida por outra pessoa no lado oposto, sem que ambos pudessem se enxergar, ou seja, quem a abandonava e quem a recebia. Essas crianças podiam permanecer no local no máximo até os sete anos de idade, sendo, depois, encaminhadas para outras instituições que atendiam a órfãos ou para uma família, ficando a decisão a cargo de um juiz [9].

"O século XIX ratifica a descoberta humanista da especificidade da infância e da adolescência como idades da vida", sendo que em 1830 os termos "adolescente e menino" aparecem em dicionário, e o "menina" diz respeito a tratamento carinhoso e só mais tarde passa a designar "criança ou pessoa do sexo feminino que está no período da meninice" [10:140].

As crianças de elite, devido ao limitado saber médico e ausência de vacinação regular, estavam suscetíveis a doenças variadas, tendo sido intensificado na época o incentivo à amamentação e aos cuidados de saúde como: anti-sepsia do cordão umbilical, o uso de vestimentas limpas e adequadas, verificação da temperatura da água do banho, entre outros [10].

Com o advento da República, que culmina com o processo de expansão e urbanização do país, no século XX, vem à tona a problemática social acerca dos meninos de rua, nas grandes cidades brasileiras, originando as primeiras obras voltadas à infância desvalida [11].

A República traz consigo a esperança de um regime democrático que proporcionasse garantias aos seus cidadãos. Era o nascimento de novos tempos, nos quais o Brasil poderia ser igualado a grandes nações [12]. Porém, esse foi um período em que crianças e jovens experimentaram crueldades inimagináveis, produzidas na própria família, na escola, nas fábricas, nos confrontos entre gangues, nos internatos, nas ruas e entre marginais e policiais. As dificuldades vivenciadas levaram os pais a abandonarem cada vez mais seus/suas filhas/os. Tal realidade ocasionou uma nova ordem de assistência a esse grupo, ultrapassando o nível da filantropia privada com seus orfanatos para tornar-se um problema do Estado, que exigia políticas sociais e legislação específica [12].

A industrialização, a urbanização e a crescente pauperização no século XX trazem à tona as ameaças que o número cada vez maior de adolescentes, iniciados/as na prática da vadiagem e "gatunagem", traziam às cidades [13:214].

Nesse período da república surgem e agravam-se as crises sociais, permeadas pelo aumento da criminalidade que fez com que muitos criminalistas buscassem a origem da delinqüência na infância [13].

A ação de meninas/os nas ruas das cidades, em bandos ou sozinhas/os, passa a compor o quadro e as estatísticas de criminalidade e de delinqüência. Era comum esses sujeitos transitarem entre atitudes lícitas e ilícitas, servindo de mão-de-obra em pequenos serviços e na sua ociosidade passarem a praticar furtos. Esse fato forçou a revisão do Código Penal da República, que passou a considerar punições a infratores entre nove e quatorze anos, que agiam conscientemente e eram recolhidos para instituições disciplinadoras, inaugurando assim as políticas públicas voltadas à infância e à adolescência desvalidas como passaremos a ver a seguir.

As políticas públicas para crianças e adolescentes no Brasil: o caminho percorrido até o ECA

As ações voltadas para a infância desvalida no Brasil surgiram entre os séculos XVIII e XIX, com ações filantrópicas, beneficentes e religiosas, nas Santas Casas de Misericórdias, através da Roda dos Expostos, isentando o Estado de assumir qualquer responsabilidade com os cuidados e a tutela de crianças abandonadas.

É a partir do período republicano que surgem diversos dispositivos jurídicos e órgãos governamentais, com enfoque na questão da infância e adolescência desvalida, que passa, então, a ser tratada como prioridades nas políticas públicas, fazendo surgir, em 1901, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro, órgão que serviu de modelo para a criação de outros dispositivos legais como o Juizado de Menores, em 1923, e o primeiro Código de Menores, em 1927 [14].

Com o advento da república, no século XX, instala-se um período de instabilidade econômica e social, no qual, as pessoas que moravam na periferia, em precárias condições, principalmente de habitação, passaram a ser alvos do atendimento social [12]. Essas pessoas eram vistas regularmente trocando de parceiros, compondo famílias numerosas, apresentando, assim, carências culturais, psíquicas, sociais e econômicas, o que as incitava à criminalidade e, mais tarde, à delinqüência. Como conseqüência desse

contexto, seus filhos eram geralmente desnutridos e com pouca ou nenhuma escolaridade. Cresciam, na maioria das vezes, privados da presença do pai, da mãe, ou de ambos [12].

Observava-se, nesse período, uma grande ênfase na família "desestruturada" como a geradora de criminosos comuns e de ativistas políticos. As pessoas oriundas dessas famílias eram vistas como criminosas, fazendo com que o Estado passasse a assumir as tarefas de educação, saúde e punição para crianças e adolescentes, de forma que toda política formulada para integrar tais indivíduos carentes buscava diminuir a delinqüência e a criminalidade [12].

Dessa forma o conceito de menoridade no Brasil começou a ser empregado durante a Primeira República e que não se encontrava vinculado às questões etárias, mas sim, associado ao conceito de marginalidade, em situações de abandono ou delito, sendo presságio de criminalidade, devendo, portanto, ser tratado como caso de polícia [15].

Nessa perspectiva, na década de 1920, instalavam-se ações governamentais que buscavam afastar as crianças das ruas, através de seu recolhimento para instituições públicas, as quais deveriam aplicar medidas preventivas e corretivas. Assim, com essa ótica, inaugurou-se, em 1927, o Primeiro Código de Menores que: "consolida legalmente esta prática de prevenção ligada ao ideário de periculosidade" [15:76].

O Código de Menores de 1927 regulamentou o trabalho infantil, até que este passou a ser proibido para menores de 14 anos, sem permissão Judicial, a partir da Constituição de 1934. Porém, o Estado já esboçava ações anteriores ao Código de 1927, quando, em 1891, através do Decreto nº. 13.113, proibia o trabalho de crianças em máquinas em movimento e em faxina, e, mais tarde, em 1923, pelo decreto 16.272 regulamentava a proteção aos menores abandonados e delinqüentes, concebendo a situação de pobreza como geradora de crianças abandonadas e de jovens delinqüentes [12].

A década de 1920 é então marcada pelas primeiras experiências de institucionalização e internação de "menores" em entidades oficiais. Volta-se também o olhar, naquela época, para o trabalho realizado por menores de rua. A formulação do primeiro Código de Menores buscou classificar em "delinqüentes e abandonados" as crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, introduzindo a categoria "menor", que até o fim dos anos 70 é utilizada com poucas alterações [11].

As décadas subseqüentes foram permeadas por outras intervenções governamentais nessa área. Nesse sentido, em 1940, o Departamento Nacional da Criança e do Serviço de Assistência ao Menor (SAM) buscava a recuperação de menores infratores por meio da internação. Esse órgão foi substituído, durante o regime militar, pela Fundação Nacional de Bem–Estar do Menor (Funabem), que surgiu com a intenção de frear a "lógica carcerária" do SAM, mas que acabou por reproduzir o seu modelo de encarceramento [11].

Com a extinção do SAM, que objetivava sistematizar os serviços de atendimento aos menores delinqüentes internados, a Funabem surge com o objetivo de formular e implantar, em cada estado, a Política Nacional do Bem Estar do Menor, que deveria se integrar a programas nacionais de desenvolvimento econômico e social, enfatizando as necessidades afetivas, nutritivas, sanitárias e educacionais dos institucionalizados [12].

Na verdade, ao institucionalizar seus "menores infratores", ou não, o Estado buscava "educar pelo medo" e, também, recolher da sociedade os filhos da pobreza, os quais, pela sua simples presença, eram associados à marginalidade e à delinqüência, pois fugiam aos padrões de organização social esperados.

Nessa perspectiva, a terminologia "menor", largamente difundida na década de 1950, buscava designar jovens infratores ou abandonados, oriundos das situações de pobreza, expandindo-se, assim, o complexo institucional de controle para os inimputáveis, que objetivava o atendimento para menores de idade, pobres e perigosos [12].

A transição do termo "menor" para a adoção de expressões como crianças e adolescentes, ocorreu a partir de 1979, com a formulação do novo Código de Menores [14]. Esse código legitimava uma nova concepção de menor abandonado, pobre, infrator e/ou delinqüente, pela utilização – que, sob nossa avaliação é mais branda - da terminologia "situação irregular". No entanto, essa nova expressão concebida no berço da ditadura militar, ao invés de amenizar acabou por fortalecer as idéias preconizadas anteriormente, em particular a "figura do delinqüente", ou seja, do indivíduo "perigoso", o qual era tido como fruto da associação da pobreza com a marginalidade, de quem a sociedade e o Estado deveriam se defender [15].

Dessa forma, a utilização do termo "situação irregular" estabelecia um padrão de normalidade, devendo-se recolher todos aqueles que dele se dis-

tanciassem. Assim, o novo código foi alvo de várias críticas, fomentando, nos movimentos sociais de defesa e direitos da criança e do adolescente, um novo perfil social que deveria compor uma nova legislação [15].

Observamos que, até o presente momento da história das políticas públicas voltadas para a infância e para a adolescência abandonadas, associava-se pobreza a marginalidade, abandono a delinqüência, tendo, estas práticas, portanto, um perfil "reformador" e segregador, capaz de identificar as mazelas da sociedade. O objetivo maior era institucionalizar para higienizar e educar, porém, dificilmente, devolvia-se a ela um ser humano capaz de transformar o futuro que lhe fora imposto por uma vida de privações e pobreza.

Os anos 80 foram marcados pelo surgimento de um número expressivo de Organizações Não-Governamentais (ONGs), as quais eram especializadas em ações públicas, estudos e denúncias acerca do fenômeno social dos meninos de rua, que na época eram o símbolo da pobreza, da desigualdade social, da violência e do descaso das autoridades brasileiras [11].

Entre as ONGs surgidas nessa época, merece destaque o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), ainda hoje extremamente atuante e com forte representatividade na formulação de políticas voltadas a este grupo social.

O MNMMR surgiu em 1985, congregando militantes e profissionais de projetos de educação social, mobilizados em modificar a legislação vigente. Diferentemente de outras ONGs, o movimento busca mobilizar meninos (de rua ou não), em defesa de seus próprios direitos, através da participação em núcleos regionais e em encontros nacionais, que desde 1986, ocorrem em Brasília e que servem como um fórum de denúncias sobre violência, assassinatos e maus-tratos contra crianças e adolescentes [11].

Esses segmentos organizados da sociedade forçaram a revisão do Código de Menores de 1979, o que ocorreu durante o processo de abertura política no regime militar. Em 1988, com a nova Constituição, houve o rompimento da díade pobreza-delinqüência, podendo, então, ser pensado em um novo código, o qual foi denominado de Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA [12].

O ECA [16], sancionado pela Lei nº. 8069/90, é uma conquista de toda esta mobilização social, mas, principalmente, configura-se em um marco na maneira de perceber a criança e o adolescente e de responsabilizar o Estado, que agora modifica suas ações de reclusão, encarceramento e punições, para aquelas voltadas ao acolhimento, garantias de direitos e resgate da cidadania.

As diretrizes preconizadas pelo ECA redirecionam a atenção a saúde da criança e do adolescente no país, pois levam em consideração "*a humanização dos procedimentos, a capacitação dos agentes, a modernização das estratégias, a maior alocação dos recursos, a compreensão da infância e da adolescência como momentos singulares no desenvolvimento destes sujeitos e a proteção integral necessária à construção da cidadania*" [3].

Assim, o reconhecimento dos "menores" como crianças e adolescentes, que possuem direitos e responsabilidades, acontece com o ECA, segundo o qual eles passam a ser compreendidos como cidadãos, pessoas em uma fase singular e importante de seu desenvolvimento. A partir de então, esta parcela significativa da população brasileira começa a ser tratada como prioridade absoluta, sendo de responsabilidade do Estado e da sociedade a garantia de aplicação desta Lei [14].

Torna-se importante ressaltar que o ECA, em seu artigo 4º, elenca os deveres da família, da sociedade e do poder público com suas crianças e adolescentes, fazendo referências ao direito, entre outros, à saúde, reforçando, assim, a relevância de trabalhos como estes que apresentam como objeto de estudo a saúde de adolescentes com vivências de rua. Diz a lei: "é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária" [16:23].

Desse modo percebemos que, teoricamente, o ECA modificou a maneira, tanto do Estado, quanto da sociedade, de ver os seus herdeiros desvalidos, porém são observadas ainda, na prática, violações a este estatuto, na medida em que cresce o número de adolescentes com vivências de rua, e que fazem dela o espaço para a manutenção da sua sobrevivência através do trabalho braçal, na maioria das vezes insalubre, bem como de roubos e prostituição. Assim, tornam-se vítimas da violência física e psicológica que os afasta cada vez mais de espaços socializadores, como a escola e a família.

Nesse sentido a enfermagem precisa atuar de forma mais intensa, não só na condição de profis-

sional, mas principalmente como cidadão, o enfermeiro deverá, sempre que possível, fazer cumprir os direitos dos jovens previstos no ECA, articulando-se para isso com diversos segmentos sociais e pautando suas ações tendo-o como referencial norteador.

O envolvimento do enfermeiro com movimentos populares e organizações não-governamentais revela seu papel social não só como uma atribuição profissional, mas principalmente como cidadão na luta da construção de uma sociedade mais igualitária e equânime [17].

Conclusão

Percebemos, por intermédio destas passagens históricas que é ainda no período colonial que se desenha o início da construção do cenário de violações, injustiça social e abandono que é observado ainda nos dias atuais, mais de quinhentos anos após a chegada dos portugueses ao Brasil. Afinal, o que esperar de uma nação que é colonizada utilizando o árduo trabalho de crianças e adolescentes? E como se não bastasse, constrói suas relações com esses sujeitos pautadas no desrespeito, refletido por meio da violência sexual e das violações de direitos.

Considerando esses registros históricos, observamos que quem mais sofreu foram aquelas crianças e adolescentes advindos de famílias pobres ou que se encontravam em situações de abandono. Eram submetidos ao árduo trabalho infantil, às péssimas condições de vida e à prostituição, como atualmente acontece com estes sujeitos que são provenientes de camadas sociais menos favorecidas, como no caso dos atores sociais de interesse deste estudo.

A ação de pedófilos, a chacina praticada em crianças faveladas, a prostituição de menores e a imersão no mundo cruel das drogas são notícias corriqueiras na mídia, nas últimas décadas, além, é claro, das cenas observadas no cotidiano, como as de mendicância ou roubo que estes jovens realizam a pessoas nas ruas das cidades de todo o país.

A construção de políticas públicas que pudessem interferir nesse cenário, ao longo da história, demonstrou ter um caráter muito mais segregador e higienista do que realmente de inclusão dessas crianças e adolescentes em um contexto socializador.

O ECA apresenta-se como um marco importante na garantia de direitos, desses atores sociais, porém a sua efetivação enquanto política pública está longe de ser a ideal e necessita, para tanto, da articulação dos diversos setores da sociedade e do engajamento de profissionais das diversas áreas, principalmente do enfermeiro.

Portanto, resgatar a história das crianças e adolescentes brasileiros e do contexto das políticas públicas vivenciadas pelos mesmos obriga-nos, infelizmente, a resgatar um passado de dor, diferenças e injustiças sociais, racismo, autoritarismo e desrespeito que, mesmo sendo ainda reproduzidos em pleno século XXI, deveriam servir de mola propulsora na construção de um presente-futuro digno a esses atores sociais.

Referências

1. Schwonke CRGB. Sexualidade e gênero: a história oral de adolescentes com vivências de rua [dissertação]. Rio Grande: Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2006.
2. Ramos FP. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: Del Priore M, ed. História das crianças no Brasil. 4a. ed. São Paulo: Contexto; 2004. p.19-54.
3. Santana JSS. O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada. In. Ramos FR et al., Eds. Adolescer: compreender, apoiar, acolher. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília. ABEn/Governo Federal; 2000. 195p.
4. Chambouleyron R. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: Del Priore M, ed. História das crianças no Brasil. 4a ed. São Paulo: Contexto; 2004. p.55-83.
5. Scarano J. Criança esquecida das Minas Gerais. In: Del Priore M, ed. História das Crianças no Brasil. 4a ed. São Paulo: Contexto; 2004. p.107-136.
6. Del Priore. M. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a colônia e o Império. In: Del Priore M, ed. História das crianças no Brasil. 4a ed. São Paulo: Contexto; 2004. p.84-106.
7. De Camargo CL, Alves ES, Quirino MD. Violência contra crianças adolescentes negros: uma abordagem histórica. Texto & Contexto Enferm 2005;14(4):608-15.
8. Gomes VLO. A interpretação do cuidado de enfermagem à criança em creches, pela ótica de Pierre Bourdieu [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2004. 177p.
9. Venancio RP. Os aprendizes da guerra. In: Del Priore M, ed. História das crianças no Brasil. 4a ed. São Paulo: Contexto; 2004. p. 178-192.
10. Mauad AM. A vida das crianças de elite durante o império. In: Del Priore M, ed. História das crianças no Brasil. 4a ed. São Paulo: Contexto; 2004. p.108-137.
11. Gregori MF. Meninos de rua e instituições, tramas, disputas e desmanche. São Paulo: Contexto; 2000.
12. Passetti E. Crianças carentes e políticas públicas. In: Del Priore M, ed. História das crianças no Brasil. 4ª ed. São Paulo: Contexto; 2004. p.318-347.

13. Santos MAC. Criança e criminalidade no início do século. In: Del Priore M, ed. História das crianças no Brasil. 4a ed. São Paulo: Contexto; 2004. p.193-210.
14. Schwonke AA. A rua vai à escola? Papel da escola para adolescentes em situação de rua na cidade de Pelotas/RS [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Educação/UFPel. 2001.
15. Oliveira MS. A moral reformadora e a fusão de mentalidades adolescente sob o discurso penalisador. São Paulo Perspec 1999;13(4).
16. Brasil. Lei n.8069 - 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. 42ª Ed. São Paulo: Código Civil; 1992.
17. Oliveira AAP, Ribeiro MO O cuidar da criança de/na rua na perspectiva dos graduandos de enfermagem. Texto & Contexto Enferm 2006;15(2):246-53.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, N Engl J Med. 1997; 336(4): 309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), htpp://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power-Point, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

2. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

3. Atualização ou divulgação

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

4. Estudo de caso

São artigos de dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

5. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

PREPARAÇÃO DO TEXTO

1. Normas gerais

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times Roman (English Times) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:
- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave *(Abstract, Key-words, Resumen, Palabras-clave)*

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:
- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
artigo@atlanticaeditora.com.br

Consulte o texto completo das Normas em nosso site:
www.atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

Junho

8 a 11 de junho
15º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem/SENPE
Rio de Janeiro, RJ
Informações: abenrio@veloxmail.com.br

17 a 21 de junho
9º Congresso de Enfermagem em Centro Cirúrgico 2009
Centro de Convenção Anhembi
São Paulo, SP
Informações: (11) 3341-4041
site: www.sobecc.org.br

18 a 20 de junho
III Congresso Brasileiro de Nutrição Integrada (CBNI)
Ganepão 2009
São Paulo, SP
Informações: (11) 3284-6318 Ramal 116
E-mail: ganepao@ganep.com.br

24 a 26 de junho
VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal - VI COBEON
Rio Poty Hotel
Teresina, PI
Informações: (85) 3272-4144

Julho

30 de julho a 02 de agosto
I Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente
Informações: (011) 7959-0253
e-mail: cdh.fsp@gmail.com
site: www.fsp.usp.br

Agosto

19 a 22 de agosto
XI Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma
II Encontro Nacional de Enfermagem do Trauma
Campinas, SP
Informações: www.traumasemfronteiras.com.br/index.php

Setembro

28 de setembro a 1 de outubro
12º CBCENF – Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem
Belo Horizonte, MG
Informações: www.portalcofen.gov.br

Outubro

7 a 9 de outubro
2º Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem
Fundação Calouste Gulbenkian
Lisboa, Portugal
Informações: 213 535-543/217 156-736
E-mail: historiaenf@gmail.com

Novembro

17 a 20 de novembro
II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de países de língua oficial portuguesa
Coimbra, Portugal
Informação: congresso.uicisa@esenfec.pt

18 a 21 de novembro
II Simpósio Brasileiro de Estomatateraphia
I Simpósio Internacional de Estomaterapia Nacional e Pediátrica
Hotel Leão da Montanha Campos do Jordão, São Paulo
Tel: (11) 5081-7718

Dezembro

7 a 10 de dezembro
61º CBEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem
Fortaleza, CE
Informações: (85) 3272-4144
www.aben-ce.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 8 número 4 - Julho / Agosto de 2009

EDITORIAL

Enfermagem, saúde mental e atenção básica: reconstruindo cenários, ressignificando vidas, Jacileide Guimarães 178

ARTIGOS ORIGINAIS

A co-produção de sujeitos nas práticas de educação em saúde na prevenção da dengue, Maíra Muniz Assis, André Luiz de Souza Braga, Elaine Antunes Cortez, Tânia Cristina Tavares Corrêa Valladão 181

Adesão à vacinação contra hepatite B entre profissionais de serviços de saúde: uma proposta para o controle da doença, Janaina Maria Setto, Gisele Simas dos Santos, Daniel Almeida da Costa, André Luiz dos Santos Silva, Marcus Vinícius de Mello Pinto 190

A graduação em enfermagem e a humanização: um encontro possível, Fabio Fortes de Araújo, Ana Clementina Vieira de Almeida, Fernanda Moraes Gonçalves 197

Atendimento pré-natal realizado por enfermeiras: opinião das gestantes, Maria da Conceição Costa Rivemales, Ione Cardinale Oliveira, Larissa Oliveira da Silva, Mariana Ferreira Lima 205

RELATO DE CASO

Implementação do processo de enfermagem: estudo de caso numa unidade de terapia intensiva, Wesley Gondim Barros, Oleci Pereira Frota, Adriano Menis Ferreira 212

REVISÃO

Fadiga relacionada ao trabalho de parto: uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem, Roseléia Maia Santana, Mariana Torreglosa Ruiz, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler 217

Acolhimento de enfermagem a mulher portadora de endometriose: repensando o cuidado a partir do agir profissional, Ana Paula da C. Machado Silva, Antonio H. Rosa Vasconcelos 223

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Projeto de acolhimento e humanização para acompanhantes: a inserção do serviço social e da enfermagem de uma instituição federal do Rio de Janeiro, Erika Fonseca Camargo Marsico, Sandra Batista da Silva 229

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 234

CALENDÁRIO DE EVENTOS 236

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Aida Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF - Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Dra. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)
Prof. Ms. William Malagutti (UGF – São Paulo)

Enfermagem Brasil é indexada no CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

atlântica editora

Atlântica Editora
e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

E-mail: atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Atendimento
(11) 3361 5595 /3361 9932
E-mail: melloassinaturas@uol.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello

Editor assistente – Publicidade
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 180,00
www.eventoserevistas.com.br

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
melloassinaturas@uol.com.br

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *Hospital de Clínicas de Niterói.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Enfermagem, saúde mental e atenção básica: reconstruindo cenários, ressignificando vidas

Jacileide Guimarães[*]

Desde o final da década de 1970, a assistência psiquiátrica e de saúde mental brasileira busca concretizar novas formas de lidar com o sofrimento psíquico ou doença mental. Isso vem se dando com o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira deflagrado em 1978 sob o lema "Por uma sociedade sem manicômios". Assim, surgem novas propostas de acolhimento, atendimento e assistência ao sofrimento psíquico.

Em termos legislativos foi aprovada em 06 de abril de 2001 a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira que vinha sendo discutida desde 1989. Leis estaduais e municipais também foram aprovadas em todo o país, além de Portarias Federais que dispõem sobre a orientação e fiscalização dos novos serviços em saúde mental no Brasil [1].

Já em termos assistenciais, foram criados os novos serviços em saúde mental, cuja finalidade é substituir a forma de assistência hospitalocêntrica por serviços de base territorial. Assim são os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) existentes em todo o território brasileiro onde tem sido reduzido o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Até junho do ano corrente o Brasil dispunha de 1.394 Caps presentes em todo o país, porém, de acordo com parâmetros do Ministério da Saúde em termos de cobertura por unidade federativa, apenas seis estados apresentam uma cobertura considerada muito boa, embora devamos ressaltar que em três deles não há Caps III, o que nos instiga aos seguintes questionamentos: onde estão sendo acompanhadas as pessoas que necessitam temporariamente de internação? Estariam essas pessoas sendo internadas em hospitais psiquiátricos remanescentes ou clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS? Pois, se isso acontece, podemos inferir que os avanços são palpáveis, mas, a luta por uma sociedade sem manicômios é uma conquista que se constrói diariamente, desconstruindo-se uma lógica de estigmatização e exclusão social, historicamente reconhecida como iatrogênica [2-4].

Outra conquista do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido a aproximação da saúde mental com a atenção básica. Isso vem favorecer os três níveis de atenção: atenção primária, secundária e terciária, uma vez que a identificação de casos e o diagnóstico precoce aumentam com a presença dos conhecimentos da saúde mental em Estratégias de Saúde da Família (ESF), através do diálogo do apoio matricial em saúde mental. O apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica constitui um diálogo entre os serviços, onde a equipe de profissionais da ESF compartilha com a equipe do Caps os casos clínicos de pessoas com sofrimento mental em sua área de abrangência, esse compartilhamento produz a co-responsabilização das equipes envolvidas e contribui para a redução da lógica do encaminhamento fragmentado, aumentando a capacidade de resolução de problemas de saúde pela equipe local e a ampliação do acolhimento, do tratamento e do acompanhamento dos usuários. Isso contribui para a integralidade dos serviços de saúde, das ações e intervenções dos profissionais e, especial-

**Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo(EERP-USP), Professora da Escola de Enfermagem de Natal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EEN-UFRN).*

mente, para a integralidade do estado clínico físico e mental do usuário dos serviços [5,6].

O profissional de enfermagem – assim como os demais profissionais da equipe de saúde mental – possui a atribuição principal de ser um cuidador em saúde mental, isto inclui desde a competência técnica específica até a promoção de estratégias de valorização da auto-estima e reinserção social da pessoa com transtorno psiquiátrico. Implica ainda a compreensão ética de participação no processo da mudança do atendimento hospitalocêntrico para um acolhimento comunitário. A noção de cidadania vem demarcar o eixo principal das novas formas de assistência porque traz consigo os fatores de inclusão social e ampliação do poder de contratualidade da pessoa com sofrimento psíquico. Sendo que a inclusão social diz respeito à reinserção no meio da sociedade da pessoa excluída pelos longos anos de internação em instituições psiquiátricas e, a ampliação do seu poder de contratualidade refere-se à criação de estratégias de valorização da pessoa a partir do fortalecimento de seus níveis de autonomia cotidiana através das atividades da vida diária (AVD).

O saber/fazer da Enfermagem Psiquiátrica compreende a aprendizagem, o ensino, a pesquisa e o cuidado, na mediação do processo de comunicação humana que envolve profissional, usuário do serviço e familiares, com o propósito de contribuir para a melhor qualidade de vida da pessoa com sofrimento psíquico, incluindo o resgate de sua cidadania. Assim, trata-se agora – em uma perspectiva histórica e contemporânea – da Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental e Atenção Psicossocial. A rede de atenção à saúde mental amplia o seu alcance ao romper o estigma da exclusão, especialmente, através da sua inserção na atenção básica, com isso, reconstrói cenários, abrangendo a sua maior conquista, da qual a equipe de enfermagem – enfermeiros, técnicos e auxiliares – participam efetivamente ao contribuir através do seu exercício profissional para a ressignificação de vidas historicamente excluídas.

Nessa perspectiva o 2º SENABS – Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde – promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, seção Pernambuco, realizado de 20 a 22 de agosto no Recife, traz como tema central a "(Re)construção de Cenários na Atenção Básica em Saúde". A relevância de um seminário de diretrizes em escala nacional atesta, por si, a premência e importância da temática central escolhida, tanto no âmbito restrito da categoria profissional quanto no campo amplo da saúde brasileira [7]. Assim, a enfermagem brasileira como prática social articulada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde consolida caminhos em busca de atualização coerente com as conquistas advindas da Reforma Sanitária, pautada em mudanças pela democratização participativa do setor saúde no Brasil.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Saúde Mental em dados. [citado 2009 Jul 31]. Disponível em: URL: http://portal.saude.gov.br/saude/saudemental
3. Amarante P, Ed. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
4. Amarante P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003 -2006. Ministério da Saúde: Brasília; 2007.
7. 2º SENABS – Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde – Associação Brasileira de Enfermagem. "(Re)construção de Cenários na Atenção Básica em Saúde". 20, 21 e 22 de agosto de 2009. Recife-PE. [citado 2009 Jul 31]. Disponível em: URL: http://www.abeneventos.com.br/SENABS/seminario.html

Artigo original

A co-produção de sujeitos nas práticas de educação em saúde na prevenção da dengue

Maíra Muniz Assis*, André Luiz de Souza Braga, M.Sc.**, Elaine Antunes Cortez***,
Tânia Cristina Tavares Corrêa Valladão, D.Sc.****

**Preceptora da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), Niterói, RJ, Residente em Saúde Coletiva pela UFF, **Professor Assistente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense Niterói RJ, ***Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery – UFRJ, ****Professora de português da UNESA e UNIPLI*

Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar as formas como os profissionais de saúde participam na co-produção de sujeitos envolvidos com a educação/promoção de saúde na prevenção dos casos de dengue no Município de Niterói/RJ, procurando reconhecer suas atividades e dificuldades emergentes deste processo. Realizado por meio de pesquisa de campo, aprovado pelo CEP/EEAN com número de protocolo 18/08, o estudo foi qualitativo exploratório, através de entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros do Programa Médico de Família - PMF. Desta etapa, surgiram as seguintes categorias: as atividades do enfermeiro do PMF, e as suas dificuldades na educação/prevenção da saúde nos casos de dengue, que nos levaram a observar pouca percepção em práticas educativas que pudessem mobilizar esses profissionais e a comunidade envolvidos no processo de co-produção de autonomia dos sujeitos, evidenciando a dificuldade dos enfermeiros em serem e se reconhecerem enquanto educadores.

Palavras-chave: educação em saúde, prevenção, dengue.

Abstract

Co-production of the target public in health education and prevention of dengue

The objective of this study was to identify the ways health professionals participate in the target public involved with health education and efforts to prevent dengue fever in the municipality of Niterói, RJ, seeking to recognize their activities and difficulties arising from this process. Carried out through a field survey (approved by CEP/EEAN-UFRJ under number 18/08), the study was qualitative and exploratory, through semi-structured interviews with nurses working for the Family Medical Program (*Programa Médico de Família* – PMF). This step allowed classifying the activities of these nurses and their difficulties in health education and prevention of dengue. The conclusion is that there is little perception of educational practices that could mobilize these professionals and the community involved in the process of co-production of the target public, evidencing the difficulties nurses face in being, and being recognized as, educators.

Key-words: health education, prevention, dengue.

Artigo recebido em 13 de julho de 2009; aceito em 23 de julho de 2009.
Endereço para correspondência: André Luiz de Souza Braga, Alameda São Boaventura 617/302 bloco 20, Fonseca, 24130-001 Niterói RJ, E-mail: andre.braga@globo.com, mayssys@hotmail.com, nanicortez@hotmail.com, taniavalladao@ig.com.br

Resumen

La coproducción de sujetos en las prácticas de educación en salud en la prevención de la dengue

El presente estudio tiene por objeto identificar la forma en que los profesionales de la salud participan en la coproducción de sujetos implicados en la educación/promoción de la salud en la prevención de los casos de dengue en el Municipio de Niterói/RJ, buscando reconocer sus actividades y dificultades emergentes en dicho proceso. Realizado por medio de investigación de campo y aprobado por el CEP/EEAN-UFRJ con el número de protocolo 18/08, fue un estudio calitativo exploratorio, basado en entrevistas semiestructuradas a enfermeros del Programa Médico de Familia - PMF. De dicha etapa surgieron las categorías: actividades del enfermero del PMF y dificultades en la educación/prevención de la salud en los casos de dengue. Se llegó a la conclusión de que hay poca percepción en prácticas educacionales que puedan mobilizar a estos profesionales y a la comunidad implicada en el proceso de coproducción de autonomía de los sujetos, evidenciando así la dificultad de los enfermeros en ser y reconocerse educadores.

Palabras-clave: educación en salud, prevención, dengue.

Introdução

Ao longo dos primeiros períodos do curso de graduação em Enfermagem, tivemos a oportunidade de, enquanto Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa de Saúde da Família (PSF), no Município de Rio Bonito/RJ, vivenciar situações em que a participação social se consubstanciava na mobilização dos sujeitos da comunidade em ações conjuntas com os profissionais de saúde e constituíam o eixo central da prevenção dos processos mórbidos e da melhoria da qualidade de vida dos grupos atendidos pelo programa.

É sabido que a participação e o controle social implicam necessariamente no comprometimento do Estado em garantir as condições ideais para que se dê a co-construção de sujeitos, como profissionais de saúde, gestores e agentes da comunidade, capazes de transformar a sua realidade social de forma crítica e consciente [1].

O aumento do grau de autonomia das pessoas constitui finalidade central da política, da gestão e do trabalho em saúde. A autonomia é a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências, é a reflexão e ação do sujeito sobre si e sobre o mundo, e ao mesmo tempo, a capacidade de lidar com o 'poder', administrar conflitos e estabelecer contratos com outros, a fim de criar bem-estar pessoal e social. A co-construção de autonomia tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais e exige a reformulação dos valores e conceitos teóricos para a redefinição do objeto das práticas de atenção à saúde [1]. Desta forma, a singularidade social, cultural e histórica dos sujeitos constitui fator determinante para o êxito das ações de prevenção aos agravos à saúde individual e coletiva.

A prestação de serviços em saúde, desenvolvida pelos órgãos oficiais, costuma ser norteada pelos dados epidemiológicos disponíveis e age na transformação de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde da população universalizando o desenvolvimento das práticas segundo normas, regulamentos e protocolos. É sabido que essas práticas têm sido amplamente direcionadas na mobilização social voltada para o controle de vetores e para a eliminação e tratamento de seus criadouros como estratégia central da prevenção da dengue.

Há referências de epidemias de dengue desde 1916, em São Paulo, e em Niterói, no ano de 1923, registradas pelo Dr. Antônio Pedro [2]; entretanto, a comprovação laboratorial da doença no Brasil somente se deu em 1981-1982, em Boa Vista, Roraima. Ao longo dos anos, foram detectados quatro sorotipos da dengue que podem se apresentar de diferentes formas: infecção inaparente, dengue clássica, febre hemorrágica da dengue ou síndrome de choque da dengue [3].

A proliferação do mosquito vetor e o surgimento dos casos de dengue costumam ocorrer de forma sazonal na estação do verão. Desde o início dos anos de 80, década de reintrodução da Dengue no Brasil, ocorreram, em Niterói, várias epidemias, tornando este agravo endêmico. Podemos observar, por vezes, epidemias de dimensões alarmantes, mobilizando o poder público, no reforço das ações de prevenção e assistência à população [4].

Partindo das considerações já realizadas, o objeto do estudo configura-se como: a participação dos profissionais de saúde na co-produção de sujeitos envolvidos com a educação/promoção de saúde e a prevenção dos casos de dengue em Niterói.

A carta de Ottawa [5] refere-se às estratégias e

programas na área da promoção da saúde que se devem adaptar às necessidades locais e levar em conta as possibilidades e diferenças de cada localidade. Esse processo consiste na capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida incluindo uma maior participação e controle das atividades desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde. A co-construção da capacidade de reflexão e de criação autônoma para os usuários e profissionais de saúde tem como objetivo a produção da saúde em sua dimensão ampla.

Segundo Maria Célia Vasconcellos, vice-presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, da Fundação Municipal de Saúde de Niterói: "a Secretaria se antecipou e deflagrou, em setembro, uma ação denominada 'Operação Primavera' para combater o foco do mosquito e conscientizar a população" [4].

Contudo, mesmo com a ampliação das atividades de mobilização social voltada para a redução da epidemia de dengue em Niterói, é notória, ainda, a escassez de produção de conhecimentos que retratam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para a co-produção de sujeitos conscientes e capazes de se mobilizar e de transformar essa realidade. Desta forma, acreditamos que este estudo tende a se reverter em importante instrumento para o conhecimento e discussão acerca do problema em foco.

Objetivos

O objetivo geral do estudo favorece a sua execução no sentido de identificar a forma como os profissionais de saúde participam na co-produção de sujeitos envolvidos com a educação/promoção de saúde na prevenção dos casos de dengue em Niterói.

Entretanto, serão utilizados objetivos específicos a direcionar o estudo para:

- Realizar pesquisa sobre as atividades do Enfermeiro do Programa Médico de Família;
- Analisar as dificuldades que emergem desse processo.

Referencial teórico

A expressão "promoção de saúde" foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro Mark Lalonde do *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, num documento chamado *The new perspectives on the health of Canadians* (Novas perspectivas sobre saúde dos Canadenses). O documento destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modos de vida na ocorrência de doenças e na morte [6].

A estratégia de trabalho proposta enfatizava que a promoção da saúde deveria combinar melhorias ambientais (abordagem estruturalista) com mudanças de comportamento (estilos de vida), a forma de produzir e de construir saúde é subjetivo para cada indivíduo ou coletivo.

A mudança do conceito de saúde, após a Segunda Guerra Mundial, de ausência de doença para bem estar físico mental e social ampliou o olhar das políticas e programas de saúde.

A declaração de Sundsvall [5] fala sobre capacitar a comunidade e indivíduos a adquirir maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão, por outro lado, mesmo se tratando de um indivíduo muito bem informado, ele tem liberdade de escolha e pode decidir, para si, o que é ter saúde.

Entretanto, essas decisões individuais são influenciadas por diversos valores e fatores individuais, locais, ambientais e sociais vivenciados em seu cotidiano, sendo essas, somente unidas às estratégias de educação em saúde que resultará em respostas mais eficientes no controle e combate à dengue.

Nas Américas, a dengue tem sido relatada há mais de 200 anos. Na década de 50, a FHD (febre hemorrágica da dengue) foi descrita, pela primeira vez, nas Filipinas e Tailândia. Após a década de 60, a circulação do vírus da dengue intensificou-se nas Américas. A partir de 1963, houve circulação comprovada dos sorotipos 2 e 3 em vários países. Em 1977, o sorotipo 1 foi introduzido, inicialmente pela Jamaica. A partir de 1980, foram notificadas epidemias em vários países, aumentando, consideravelmente, a magnitude do problema.

Cabe citar, também, Brasil (1982/1986-2002), Bolívia (1987), Paraguai (1988), Equador (1988), Peru (1990) e Cuba (1977/1981). A FHD afetou Cuba em 1981, evento de extrema importância na história da dengue nas Américas. Essa epidemia foi causada pelo sorotipo 2, tendo sido o primeiro relato de febre hemorrágica da dengue ocorrido fora do Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental. O segundo surto ocorreu na Venezuela, em 1989.

Em 1986, ocorreram epidemias no Rio de Janeiro e algumas capitais da região Nordeste. Desde

então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma continuada, geralmente, associada com a introdução de novos sorotipos em áreas, anteriormente, indenes.

É um agente etiológico, vírus RNA. Arbovírus do gênero Flavivirus, pertencente à família Flaviviridae. Atualmente, é a mais importante arbovirose que afeta o ser humano e constitui sério problema de saúde pública no mundo. A fonte da infecção e reservatório vertebrado é o ser humano e a sua transmissão se faz pela picada da fêmea do Aedes aegypti, no ser humano. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito está apto a transmitir o vírus depois de 8 a 12 dias de incubação extrínseca. A transmissão mecânica também é possível, quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, alimenta-se num hospedeiro susceptível próximo. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com pessoa sadia, nem por intermédio de água ou alimento.

O período de incubação varia de 3 a 15 dias, sendo em média de 5 a 6 dias. O período de transmissibilidade da doença compreende dois ciclos: um intrínseco, que ocorre no ser humano; outro extrínseco, que ocorre no vetor. A transmissão do ser humano para o mosquito ocorre enquanto houver presença de vírus no sangue do ser humano (período de viremia). Este período começa um dia antes do aparecimento da febre e vai até o 6º dia da doença. No mosquito, após um repasto de sangue infectado, o vírus vai se localizar nas glândulas salivares da fêmea do mosquito. A partir deste momento, é capaz de transmitir a doença e assim permanece até o final de sua vida (6 a 8 semanas) [3].

A população deve ser informada sobre a doença (modo de transmissão, quadro clínico, tratamento etc.), sobre o vetor (seus hábitos, criadouros domiciliares e naturais) e sobre as medidas de prevenção e controle para que possa adotar um novo comportamento frente ao problema, promovendo ações de controle da doença.

A humanização em processo não é uma *coisa* que se deposita nos homens, ela é a práxis, que implica na ação e na reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo, isto é, a libertação autêntica. Por isso mesmo é que, muitas vezes, educadores e políticos falam e não são entendidos, pois sua linguagem não se sintoniza com a situação concreta dos homens. A práxis, sendo reflexão e ação verdadeiramente transformadora da realidade, é fonte de conhecimento reflexivo e criação [7].

Como seres transformadores e criadores, os homens, em suas permanentes relações com a realidade, produzem não somente os bens materiais, as coisas sensíveis, os objetos, mas também instituições sociais, suas idéias, suas concepções [7].

Para fortalecer a consciência individual e coletiva, devem ser desenvolvidas estratégias de alcance para sensibilizar os formadores de opinião para a importância da comunicação e da mobilização social no controle da dengue.

Os conceitos de saúde e autonomia não são constituídos de valores impostos de maneira a desconsiderar o sujeito, como se a informação pudesse ser 'inserida' na mente do outro, esses são adquiridos em graus variáveis. Entendemos autonomia como a capacidade do sujeito lidar com uma rede de dependências, ou seja, o processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem ou agirem sobre si mesmos ou sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos [1].

O processo de co-constituição depende de vários fatores: do próprio sujeito, do indivíduo ou da coletividade, e podemos nos referir a esses fatores como co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades, ou co-produção de processo saúde-doença [1].

A autonomia depende de condições externas participativas ou não ai sujeito, da existência das leis, da economia, da existência de políticas públicas, valores e cultura. A co-produção gradual de autonomia depende do acesso à informação, da capacidade de utilizar o conhecimento de forma crítica. Nascemos dependentes biologicamente e depois de adultos psicologicamente, é aí que começa a co-construção de autonomia entre nós e os outros; é o nosso relacionamento interpessoal: primeiro com a família, depois com amigos. Aos poucos, cria-se a personalidade de acordo com a experiência adquirida pela convivência. A autonomia traz conseqüências e responsabilidades pelos atos que poderão refletir-se em gerações futuras.

Material e métodos

A metodologia utilizada na pesquisa é de caráter exploratório, com abordagem metodológica qualitativa.

É necessário aceitar que há aspectos primários que conduzem a uma investigação qualitativa e que diferem da lógica formal. Os dados, por sua vez, não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, percepções

puras e definidas, de modo que todos os acontecimentos e o contexto são igualmente importantes, tais como a constância das manifestações, a sua ocasionalidade, freqüência, a interrupção, a fala e o silêncio. Há significados manifestos e ocultos que devem ser encontrados, podendo-se, para isso, fazer uso de dados quantitativos, que possam evidenciar tendências, principalmente na etapa exploratória [8].

Os sujeitos da pesquisa são enfermeiros que atuam na atenção primária na localidade de Niterói, especificamente, no Programa Médico de Família (PMF), sendo ele o cenário desta pesquisa.

Em concordância com a Resolução CNS 196/1996, o trabalho foi devidamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Ana Nery (EEAN), que procedeu a avaliação com o número de protocolo da aprovação 18/08, e o devido acompanhamento dos requisitos necessários para se assegurar os princípios éticos da autonomia dos sujeitos da pesquisa constituídos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça em todas as etapas do estudo.

A coleta de dados foi realizada em forma de entrevista semi-estruturada gravada e transcrita na íntegra, buscando identificar na fala dos depoentes experiências que trouxessem à luz do estudo informações relevantes para a compreensão do problema.

Antes da entrevista, deu-se a apresentação aos sujeitos da pesquisa, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que elucidou todas as dúvidas quanto ao desenvolvimento do estudo e à sua participação na pesquisa. A devolução dos resultados do estudo deve ser assegurada como parte do compromisso da pesquisadora com os princípios éticos que regem todo o desenvolvimento da pesquisa.

Após a leitura sistemática dos relatos colhidos em campo, os dados foram agrupados em categorias que devem atender aos critérios de repetição e relevância e a apresentação desses deverá ser feita de forma descritiva e após a sua transcrição utilizaremos o método de análise de conteúdo, pois ressalva que a importância de se discutir e inferir a partir dos dados trabalhados é a verdadeira razão de recorrermos a tal procedimento de tratamento/análise dos dados [9]. Desta forma, as categorias que emergiram foram: as atividades do enfermeiro no Programa Médico de Família, e as dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói.

Resultados

Iniciaremos a análise de dados das categorias emergentes norteadas pelos objetivos específicos deste estudo.

As atividades do enfermeiro no Programa Médico de Família

No que tange a essa categoria, seguem os relatos das enfermeiras do PMF, que focam a forma como são realizadas as atividades dos enfermeiros.

> "Eu percorro oito unidades de saúde, supervisão, [...] Quem mais está em contato é o auxiliar e o médico, que a gente chama de equipe, equipe local são dois. O Agente de Controle de Zoonoses eles tem uma rotina, não tem Agente Comunitário, porque o auxiliar mora na comunidade [...] Então nós temos em cada região um comitê, Comitê Regional de Luta Contra Dengue, nesse comitê nós temos representantes desses setores que eu estou falando, e aí a gente discute as estratégias as ações que agente vai desenvolver naquela área e é em trabalho conjunto... nós temos três comitês, no município, dividindo o a área do município em três." (Enf 01)

> "Nessas últimas epidemias, o que agente tem feito com as equipes, [...] são duas e tem locais que tem 03 ou 04 equipes, então a gente faz já um cronograma para eles porque não pode parar o atendimento e sempre tem uma equipe que fica quando está fazendo a pré-consulta, eles ficam ou médico ou auxiliar falando sobre dengue, fazendo sala de espera, isso dentro do módulo. [...] e o que está no horário de campo eles se revezam." (Enf 02)

> "[...] *esse trabalho de campo eles fazem trabalhos burocráticos que tem que dar conta, repassar exames, entregar referências ou fazer referência, rever prontuário de paciente e fazem também o trabalho de campo*, que é ir nas casas que ele precisa esta vendo de acordo com o planejamento dele semanal, e aí nesse trabalho de campo eles fazem visitas domiciliares que a gente espera que seja planejada *mas*

nem sempre isso acontece , não só daquelas que a própria população demanda, mas também ter uma visão mais epidemiológica até por uma questão de localização, até numa questão do foco da dengue mesmo, que eles deveriam estar fazendo isso." (Enf 04)

"*A intersetorialidade* no município ela já vem funcionando desde a epidemia passada, *2007 é quando começou, porque a gente teve uma epidemia grande em 2006*, aí se começou a se reunir pra ver que estratégias a gente poderia estar traçando pra poder melhorar essa questão da dengue, foi quando começou a se montar os comitês de prevenção da dengue [...] *mas essa coisa da criação dos comitês foi de agora de 2007 pra cá***.**" (Enf 04)

As dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói

Nesta categoria, seguem os relatos dos enfermeiros, que estão subdivididos em duas subcategorias: Co-construção dos sujeitos x Dificuldade, e Educação em Saúde x Educação popular em Saúde. Observe-se a manifestação da palavra 'dificuldade' dentro do contexto das falas a seguir.

Co- Construção dos Sujeitos x "Dificuldade"

"Só que é assim, trabalhar com educação em saúde, mudança de comportamento é uma coisa difícil e tem 'n' fatores que vão influenciar, não é fácil, não é fácil. *Têm residências que você vai várias vezes e que você vê que aquilo continua no mesmo [...] Tem a ver com a escolaridade, não com a pobreza, mas com a escolaridade, com a escolaridade, quanto mais baixo o nível de escolaridade mais difícil fica a compreensão."* (Enf 01)

"[...] comunidades que tem *dificuldades de acesso à coleta de lixo* né, porque o caminhão não chega, aí têm que descer com sacola né, você tem que juntar seu lixo numa sacola e colocar lá em baixo, aí às vezes eles alegam: **–** *Ah, mas eu já vou descer arrumada pro trabalho ou pra escola e vou sair com um saquinho de lixo pra colocar lá em baixo***.** Então assim, tem algumas coisas que a gente tem que estabelecer parcerias, que não só a questão da educação em saúde vai resolver, tem que ter alguma movimentação também do poder público pra que outros setores, não saúde, pra tentar amarrar." (Enf 01)

"[...] Tem cartazes e tem folders, os cartazes geralmente são antigos e os folders não são em quantidade suficiente pra gente poder esta distribuindo, [...] os folderes, que alguns deles não vem como uma coisa fácil para a população, de entendimento pra população, [...]*tem algumas pessoas que lêem mas não compreendem o que está escrito e tem a dificuldade de dizer que não está entendendo, então, é aquela coisa , eu leio, eu não entendo mas eu não digo que eu não to entendendo e pessoa fica achando que está tudo certo."* (Enf 04)

"[...] tão bom o paciente que você chega lá e diz: - Toma isso! Ele vai lá e toma. *Desagradável é aquele que diz que não vai tomar porque trabalha na rua e fica com vontade de fazer xixi, aí você vai ter que pensar numa outra possibilidade; ninguém quer ter trabalho, ninguém quer ser cobrado, quem quer ser cobrado? [...] daqui a pouco o feitiço vai virar contra o feiticeiro."* (Enf 05)

Educação em Saúde x Educação Popular em Saúde

"De maneira geral às vezes, *é porque a gente ainda tem aquele conteúdo de despejar, os professores da gente, pelo menos quando eu fui formada foi assim* [...] Então eu acho que isso falta né, na formação." (Enf 01)

"A dificuldade é mais da população compreender. Não sei se a gente não consegue esclarecer o suficiente, aí a gente fica naquela pergunta: será que o problema é nosso de não saber passar e conquistar, agregar a pessoa? Ou é porque eles também não têm o alcance, não consegue, ou não quer? A gente fica nesse dilema. [...]. Será que a falha é nossa na comunicação? Ou não? É da parte do profissional? Não sei, não sei se todos têm, mas eu fico me questionando sobre isto! Esses dias fiquei me questionando sobre isso**.** *A falha é o que? É a gente não consegue*

levar? Ou são eles que não conseguem alcançar? Quantas epidemias a gente já teve? Quantos anos a gente vem trabalhando a mesma coisa? Eu não sei, essa pergunta fica pra mim também. [...] Eu acho que percurso é que a gente vai mesmo se formando, a gente não sai formada, a gente via se formando durante a vida da gente profissional. Eu acho que não tem ninguém formado ainda né, cada dia é uma dia." (Enf 02)

"[...] *eu me formei ha 25 anos atrás,* naquela época nem um curso de pós graduação que eu fiz *não se discutia essa questão da educação em saúde e eu acho que continua não discutindo,* porque eu vejo profissionais recém formados, eles chegam sem noção nenhuma do que fazer, creio que em relação à formação do profissional não há esse preparo." (Enf 05)

"*os profissionais, eles vem muito com aquela questão assim das palestras, acham que educação em saúde é fazer palestra,* às vezes não tem essa noção que educação em saúde [...], então eles acham assim: - então hoje eu vou fazer um grupo! Quando eles vão para esse grupo eles vão com a característica do único transmissor de informações e são poucos que agente vê fazendo interação com a comunidade, [...] *a gente tem enfermeiros que tem essa formação, tem uns que não tem essa formação mas eles dizem mesmo:-- não sei fazer isso não, eu não sei fazer esse negócio de grupo, eu vou mas não participo! E isso dificulta."* (Enf 04)

Discussão

As atividades do enfermeiro no Programa Médico de Família

A equipe do PMF precisa se inserir nesse território, estimulando a organização comunitária e a participação popular como prática e consolidação das parcerias intersetoriais, com perspectiva de melhores condições de vida e saúde, sem desconsiderar a importância das dimensões de prevenção e assistência à saúde. Cada GBT (Grupo básico de trabalho) é constituído por um coordenador, uma equipe de supervisores composta por clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, sanitarista, assistente social, enfermeiro e psiquiatra ou psicólogo, que darão apoio técnico e metodológico à equipe básica, constituída de médicos generalistas e auxiliares de enfermagem. Cada equipe de supervisão é responsável por até 20 equipes básicas (médico e auxiliar de enfermagem nos módulos) [10].

Desta forma, o supervisor compõe a banca de seleção das equipes, realiza treinamentos em serviço e faz uma visita semanalmente aos postos de saúde em que realiza interconsultas no consultório e/ou em domicílio, é responsável por avaliar o desempenho das equipes, através da implementação dos protocolos, além de elaborar e organizar o processo de educação continuada, semanalmente, e operacionaliza a referência e contra-referência.

As dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói

Nesta categoria, decidimos pela utilização da análise por repetição recomendada por Turato [9], partindo do pressuposto que o objetivo do trabalho é descrever as dificuldades do enfermeiro na educação e promoção da saúde e prevenção dos casos de dengue em Niterói do PMF, portanto segue a discussão e análise das subcategorias a seguir:

Co- Construção dos Sujeitos x "Dificuldade"

Não existe esta *coisa* chamada fatores de risco, é premente enfrentar as questões biológicas, sociais e subjetivas de forma individual ou nas comunidades. Há sim, pessoas, sujeitos concretos, organizados e articulados ou não que devido às escolhas de estilos de vida se expõem a maiores ou menores riscos a uma ou a outra enfermidade [1].

De acordo com a 12ª Conferência Nacional em Saúde [11], os profissionais de saúde têm consciência de que os seus saberes e atuação são poucos para alcançar resultados em relação à problemas complexos, contudo, há um caminho do saber e das práticas que possibilitam fazer essa ruptura com o próprio conhecimento e com a formação dos profissionais.

Contudo, cabe questionar, se realmente estamos explorando a nossa capacidade de articulação, de troca e crescimento enquanto sujeito integrante e participativo do processo. Devemos criar mecanismos de adaptação para lidar com as adversidades do trabalho cotidiano.

Educação em Saúde x Educação Popular em Saúde

Tal prática não aceita a concepção estatística da educação, entendida, apenas, como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas. Entretanto, a tarefa da educação não é dizer às pessoas 'o que é importante para elas, mas facilitar as condições para que elas mesmas vejam a importância das coisas'. Tem-se que deslocar o olhar de forma a sair do próprio 'chão', e de fora, examinar e criticar para poder estabelecer uma verdade coletiva sobre este olhar [12].

O profissional deve ter consciência dos princípios e percepções sobre ações educativas implícitas nas ações de saúde, credibilizar suas ações como sendo práticas educativas em saúde, unindo-se à comunidade com prestações de serviço de qualidade. Seu trabalho educativo deve ser baseado na participação e superação à formação academicista, tendendo a caminhar para uma compreensão total da realidade do seu local de atuação [13].

Destaca-se que a verdadeira paciência, associada sempre à autêntica esperança, caracteriza a atitude dos que sabem que, para fazer o impossível, é preciso torná-lo possível, assim a melhor maneira de tornar o impossível no possível é realizar o possível hoje.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo avaliar a participação dos profissionais de saúde na co-produção de sujeitos envolvidos com a promoção de saúde e a prevenção dos casos de dengue em Niterói.

Desta forma, através da análise das entrevistas, surgiram as categorias: atividades do enfermeiro do PMF, e as dificuldades na educação, na promoção da saúde, e na prevenção dos casos de dengue em Niterói, originando-se da última duas subcategorias: co-construção dos sujeitos x dificuldade; e educação em saúde x educação popular em saúde.

Evidenciamos que as atividades dos enfermeiros do PMF têm como características a supervisão e organização, fazendo com que as práticas educativas fiquem na realidade creditadas, na maioria das vezes, no médico e no auxiliar, que estão muito mais tempo em contato com a população. Estes últimos também fazem a parte burocrática do trabalho, o assistencial e o trabalho de campo (visitas domiciliares). Sabemos que esses profissionais recebem treinamentos semanalmente; mas nos indagamos: será que esse treinamento está alcançando as expectativas do profissional que tem contato intenso com os usuários e a sua comunidade?

No presente estudo, não foi possível identificar como são realizadas as práticas de educação em saúde dos outros profissionais, médico e auxiliar, chamados pelas enfermeiras de "a equipe", porém esse contexto nos remete à teoria clássica de Taylor, com uma estrutura organizacional verticalizada, hierárquica e coordenada inserida em um novo modelo tornando pouco viável a participação e expressão da comunidade segundo as diretrizes e princípios do SUS que norteiam o andamento da co-construção de autonomia dos sujeitos.

No entanto, falando de educação em saúde e co-construção de autonomia, devemos enfatizar que, para um resultado de qualidade para a população, independente da classe profissional, devemos qualificar, treinar e investir naquele que está em contato direto com o usuário, ou seja, médico e auxiliar de enfermagem. Acreditamos, assim, que seria um bom caminho para tornar uma realidade a co-produção de sujeitos, população/usuários, e profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida de ambos.

A outra categoria surgiu pela freqüência da palavra "dificuldade", desta forma, percebeu-se na maioria das falas que os problemas relacionados ao social, não acabarão de repente; entretanto, não se fala em novas formas de abordagem pessoal e domiciliar aos usuários para elaboração de novas idéias com a intenção de mexer, de fazer o indivíduo pensar na sua importância como indivíduo e comunidade de uma maneira mais próxima.

Também há pouco reconhecimento das deficiências que trazemos desde a graduação, que sem perceber incide uma certa dificuldade dos enfermeiros, não só de se reconhecer enquanto educador, mas de ser, de realizar práticas educativas, que muitas das vezes ficam privadas pela falta de materiais educativos. Sem perceber que, geralmente, o que foi aprendido na graduação já está ultrapassado, prejudicando a disponibilidade de estar aberto para o novo. Assim, compreendemos que o profissional de saúde precisa ser criativo e mobilizar todos os participantes sem excluir população e profissionais envolvidos em questão.

Destacamos que, durante uma entrevista, foi mencionado por uma enfermeira que o PMF está estudando junto com a Saúde Mental um trabalho de Terapia Comunitária. Entendemos que esse

seria um bom caminho para ajudar a comunidade trabalhar seus questionamentos em relação à sua própria saúde e à qualidade de vida de todos. Sugerimos assim, a não exclusão dos profissionais de saúde que estão em contato com as comunidades neste processo.

Referências

1. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, Campos RTO, Org. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Fiocruz – Hucitec; 2006.
2. Pedro A. Dengue em Nictheroy. Braz Med 1923;1(13):174-7.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Braga ALS. Educação em saúde ambiental como ferramenta de prevenção para dengue. Revista Brasileira de Biociências 2008;6(2):131-6.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2002.
6. Oliveira DL. A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(3):423-31.
7. Freire P. Pedagogia do oprimido. 24ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra;1997.
8. Leopard MT, Beck CLC, Nietsche EA, Gonzales RMB. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001.
9. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Hübner LCM, Franco TB. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Physis (RJ) 2007;17(1):173-91.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: MS; 2004.
12. Costa MV, ed. Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP & A; 2002. p. 143-56.
13. Braga ALS. A educação em saúde e a prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde no município de Niterói [dissertação]. Niterói: Centro Universitário Plínio Leite; 2005.

Artigo original

Adesão à vacinação contra hepatite B entre profissionais de serviços de saúde: uma proposta para o controle da doença

Janaina Maria Setto*, Gisele Simas dos Santos**, Daniel Almeida da Costa, M.Sc.***, André Luiz dos Santos Silva, D.Sc.****, Marcus Vinícius de Mello Pinto, D.Sc.****

*Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa – MG, **Enfermeira Especialista, Faculdade de Minas – Faminas, Muriaé – MG, ***Médico, Faculdade de Minas (Faminas), Muriaé – MG, ****Centro Universitário de Caratinga – MG*

Resumo

Estima-se que a hepatite B seja a doença de maior risco de transmissão no acidente com material biológico. Apesar da imunização contra a hepatite B ser recomendada como precaução básica e ser disponibilizada gratuitamente pelo Ministério da Saúde, vários autores demonstram a baixa cobertura vacinal entre os profissionais de serviços de saúde. O objetivo do estudo foi verificar a adesão à vacinação contra hepatite B entre profissionais do serviço de saúde de uma Universidade Federal do interior do Estado de Minas Gerais. O estudo caracteriza-se como descritivo, de abordagem quantitativa e foi realizado na Divisão de Saúde dessa universidade. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o cartão de vacinação dos trabalhadores do serviço, que totalizam 79 trabalhadores. As informações coletadas originaram-se do arquivo da Sala de Vacina do serviço, nos meses de junho e julho de 2008. Durante a coleta de dados, verificou-se que a maioria dos trabalhadores não estava vacinada contra a hepatite B e que uma porcentagem elevada (38,0%) não apresentou o cartão de vacinação, não sabendo assim à situação vacinal dos mesmos. Tal constatação evidencia a necessidade de implementação de medidas preventivas.

Palavras-chave: hepatite B, imunização, profissionais.

Abstract

Adhesion to the vaccination against hepatitis B among the workers of the health service: a proposal for the control of the disease

It was estimated that hepatitis B is the main disease contracted during the manipulation of biological material. Despite the recommendation of immunization against hepatitis B as a basic precaution mechanism and the gratuitousness of this kind of vaccine by the Health Ministry, various authors have demonstrated the low vaccination coverage among people that work in the health service. The objective of this study was to verify the adhesion to the vaccination against hepatitis B among the workers of the health service of a Federal University of the State of Minas Gerais. The study is characterized as both descriptive and of quantitative approach and it was carried out in the Health Service Division of that University. Data were collected

Artigo recebido em 6 de julho de 2009; aceito em 23 de julho de 2009.
Endereço para correspondência: Janaina Maria Setto, Condomínio Jardins do Vale, 60, Bairro Jardins do Vale, 36570-000 Viçosa MG, Tel.: (31) 3892-2991, E-mail: **jsetto@gmail.com**

from vaccination's cards of 79 workers of that Division and related to the period June-July, 2008. During the period of data collection, it was verified that most of the workers were not vaccinated against hepatitis B and that a high percentage of the workers did not present the vaccination card. Based on these facts, it is recommended the implementation of preventive actions.

Key-words: hepatitis B, immunization, professional.

Resumen

La adhesión a la vacunación contra la hepatitis B entre los servicios de salud: una propuesta para el control de la enfermedad

Se estima que la hepatitis B sea una de las enfermedades de mayor riesgo de transmisión de en caso de accidente con material biológico. A pesar de que el Ministerio de Salud recomienda la inmunización contra la hepatitis B como atención básica y gratuita, varios autores muestran la baja cobertura de vacunación entre los profesionales de los servicios de salud. El objetivo del estudio fue verificar el cumplimiento de la vacunación contra la hepatitis B entre los profesionales de los servicios de salud de la Universidad del Estado de Minas Gerais. El estudio se caracteriza como descriptivo y cuantitativo y fue realizado en la División de Salud de la universidad. El instrumento utilizado para la recogida de datos fue la tarjeta de vacunación de los trabajadores en el servicio, que ascienden a un total de 79 empleados. Los datos fueron colectados en dicha División, en los meses de Junio y Julio de 2008. Durante la recogida de datos, se constató que la mayoría de los trabajadores no fueron vacunados contra la hepatitis B y que un alto porcentaje (38,0%) no presentó la tarjeta de vacunación. Basado en los resultados, se recomienda la necesidad de adoptar medidas preventivas.
Palabras-clave: hepatitis B, inmunización, profesional.

Introdução

Cada profissão caracteriza-se pelo desenvolvimento de atividades em determinado ambiente de trabalho que, por sua vez, pode contribuir para maximizar os riscos inerentes à profissão. Os profissionais que trabalham direta ou indiretamente com a saúde estão expostos aos riscos ocupacionais existentes nos serviços de saúde, como nos hospitais, em unidades de saúde, policlínicas, consultórios odontológicos, laboratórios de análises clínicas e outros [1].

Os trabalhadores que manipulam materiais perfurocortantes e materiais biológicos (sangue e fluidos orgânicos) estão em maior risco de contaminação por microorganismos patogênicos, através da inoculação percutânea, por intermédio de agulhas ou objetos cortantes, e por contato direto com mucosas e/ou pele [2].

Os riscos de acidentes aumentam quando os trabalhadores não cumprem as normas de biossegurança, sendo que, algumas vezes, isso é decorrente da desinformação do profissional, da ausência de fiscalização da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), da inexistência de pessoal especializado para orientar a equipe, entre outros. A empresa é a responsável pela implementação de medidas de segurança individuais e coletivas para a proteção do trabalhador [3].

A lei de número 8.213 de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, define que o acidente de trabalho é todo acontecimento que ocorra no ambiente de trabalho, sendo decorrente do exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária. Também são considerados acidentes de trabalho os acidentes de trajeto, as doenças profissionais e as doenças do trabalho [4]. O acidente de trabalho pode provocar agravos à saúde do trabalhador e interferir nos aspectos inerentes à própria pessoa, do ponto de vista psíquico e ou físico, como também no contexto social, econômico e político [5].

A Norma Regulamentadora de número 32 (NR-32) compreende que serviço de saúde é qualquer instituição que presta serviço de assistência à saúde da população, bem como as que oferecem ações de promoção, assistência, recuperação, ensino e pesquisa em saúde em qualquer nível de complexidade. Define que todos os trabalhadores

que exerçam atividades nessas instituições, relacionados ou não com a assistência e promoção a saúde, como os profissionais da lavanderia, limpeza, manutenção e reforma, são abrangidos por essa norma [6].

No Brasil, segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o acidente de trabalho deve ser comunicado imediatamente após sua ocorrência, através da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). O acidentado deve comunicar a empresa sobre o acidente, que é responsável pela emissão da CAT, devendo encaminhá-la à Previdência Social, ao sindicato da categoria correspondente, ao Ministério do Trabalho e ao Sistema Único de Saúde (SUS) [7].

O acidente de trabalho com material biológico é uma importante fonte de infecção para doenças transmissíveis. Após a exposição ao sangue contaminado, o risco médio para a transmissão do vírus da hepatite B é de 6 a 30%, para o vírus da hepatite C é de 0,5% a 2% e para o vírus do HIV é de 0,3% entre os trabalhadores da saúde [2]. Entre essas doenças, a hepatite B é a única que possui profilaxia pré-exposição (esquema vacinal de três doses), sendo a vacinação a medida mais eficaz para a prevenção da doença. A vacina contra a hepatite B é uma das várias vacinas disponibilizadas gratuitamente pelo Ministério da Saúde (MS) [8].

Um aspecto relevante que chamou a atenção para o desenvolvimento deste trabalho foi à estimativa de que o vírus da hepatite B (HBV) seja responsável por 1 milhão de mortes ao ano e que existam 350 milhões de portadores crônicos no mundo [8].

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, relacionados aos profissionais de serviços de saúde acidentados, no período de 1997 a 2001, observou-se que os trabalhadores da equipe de limpeza lideraram com 47,6% dos casos, seguidos dos laboratoristas com 34,0%, enfermagem nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) com 31,0%, estagiários com 23,6%, enfermeiros com 21,4%, médicos com 17,6% e por último odontólogos com 9,9%. Além disso, observou-se que um grande número desses profissionais de saúde não era vacinado contra a hepatite B [9].

Apesar das altas taxas de transmissão do HBV pela via percutânea, a minoria dos casos ocupacionais de hepatite B entre os profissionais de saúde ocorreu por essa via. Alguns estudos detectaram que a maioria dos profissionais infectados pelo HBV não relatou exposições percutâneas. Entretanto, 1/3 dos profissionais relataram ter atendido pacientes HBsAg positivo [10].

Conforme pesquisas realizadas pelo MS, o vírus da hepatite B, em temperatura ambiente, pode sobreviver em superfícies por um período de até uma semana. Assim, profissionais de saúde infectados pelo HBV, sem história de exposição percutânea ocupacional ou exposição não ocupacional, podem ter tido contato, direto ou indireto, com sangue ou outros materiais biológicos em áreas de mucosas, pele não-íntegra ou queimaduras. Casos de transmissão do HBV entre profissionais de unidades de hemodiálise e pacientes já foram detectados a partir do contato com superfícies contaminadas pelo HBV [10].

O material biológico que tem os maiores títulos de HBV é o sangue, sendo o principal responsável pela transmissão do vírus nos serviços de saúde. O HBV também é encontrado em vários outros materiais biológicos, incluindo leite materno, líquido biliar, líquor, fezes, secreções nasofaríngeas, saliva, suor e líquido articular. A maior parte desses materiais biológicos não é um bom veículo para a transmissão do HBV. As concentrações de partículas infectantes do HBV são 100 a 1.000 vezes menor do que a concentração de HBsAg nestes fluidos [10].

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) o Brasil já foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um país de elevada prevalência para as hepatites B e Delta (D), particularmente na região da Amazônia Legal. Isso porque no final da década de 80 e início da de 90, ocorreu um aumento no número de casos de hepatite B (HBV) da região sul em direção à região norte [11].

Considerou-se que a hepatite B ocorria em três padrões de distribuição no país: alta endemicidade, com prevalência superior a 7%, presente na região Amazônica, sul do Espírito Santo e oeste dos estados do Paraná e Santa Catarina; endemicidade intermediária, com prevalência entre 2 e 7%, nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste e baixa endemicidade, com prevalência abaixo de 2% na região Sul do país [11].

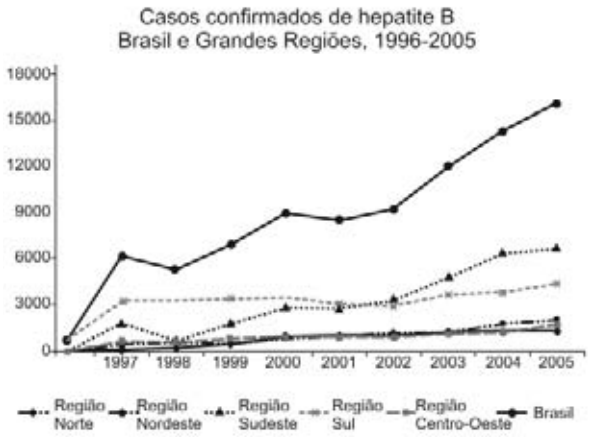
Estudos recentes demonstram que este padrão vem se modificando em algumas regiões. Exemplo disso ocorreu no Estado do Amazonas, que desde 1989, vem implementando campanhas de vacinação contra a hepatite B e implantou a vacinação em me-

nores de 1 ano e em menores de 15 anos nos anos de 1991 e 1996, respectivamente [11].

Ainda conforme os dados do SINAN, pesquisas demonstraram modificações na distribuição da hepatite B em algumas regiões do país. Segundo elas a região Norte do Brasil, a região de Lábrea, no Amazonas, a taxa de portadores do HBV passou de 15,3%, em 1988, para 3,7%, em 1998. Na região de Ipixuna, no mesmo estado, esta queda foi de 18 para 7%. No Acre, estudo de base populacional em 12 de seus 24 municípios apresentou taxa de HBsAg de 3,4%. Outros trabalhos também classificam a região Norte como de baixa ou moderada endemicidade, permanecendo com alta endemicidade a região sudeste do Pará. Na região Sul, a região oeste de Santa Catarina apresenta prevalência moderada e o oeste do Paraná, alta endemicidade. A região Sudeste como um todo apresenta baixa endemicidade, com exceção do sul do Espírito Santo e do nordeste de Minas Gerais, onde ainda são encontradas altas prevalências. A região Centro-Oeste é de baixa endemicidade, com exceção do norte do Mato-Grosso, com prevalência moderada. O Nordeste como um todo está em situação de baixa endemicidade. Revelando-se uma concentração de casos de hepatite B na faixa etária de 20 a 39 anos, seguida pela faixa etária de 40 a 59 anos [11].

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) informou que em 1996 foram notificados e confirmados no Brasil 706 casos de hepatite B. De 1996 a 2006 foram notificados e confirmados um total de 102.685 casos de hepatite B no Brasil [11].

Gráfico 1 - Distribuição dos casos confirmados de hepatite B no Brasil e nas Grandes Regiões, no período de 1996 a 2006.

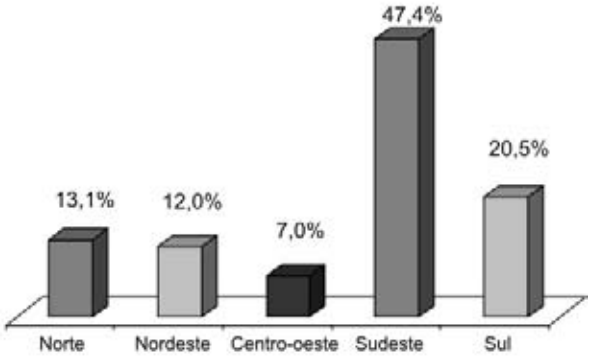


Fonte: Sinan/SVS/MS - dados atualizados até 30.10.2007.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foi registrado entre 2000 a 2006, o número de 3057 óbitos por hepatite B no país, sendo que ocorreu na região sudeste 47,4% (1448) dos casos, no sul 20,5% (627), no norte 13,1% (400), nordeste 12% (367), centro-oeste 7% (215) [12].

O Gráfico 2 demonstra a distribuição dos óbitos por hepatite B nas Grandes Regiões do Brasil, no período de 2000 a 2006.

Gráfico 2 - Distribuição dos óbitos por hepatite B nas Grandes Regiões do Brasil, no período de 2000 a 2006.



No período de 2001 a 2006, foram notificados 277 casos de hepatite B, tendo como fonte de infecção o acidente de trabalho [11].

O uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI's) associado à baixa cobertura vacinal aumenta a eminência de acidentes de trabalho e a contaminação pelo HBV entre os profissionais de serviços de saúde [9].

Sendo assim, torna-se necessário buscar alternativas para prevenir os acidentes de trabalho e minimizar os riscos decorrentes dos mesmos. É de extrema importância que os serviços de saúde adotem uma política de Segurança do Trabalho que viabilize a segurança do trabalhador [6].

Conforme Brasil, a implementação da vacinação contra as doenças imunopreveníveis entre os trabalhadores de serviços de saúde é uma medida segura e eficaz para reduzir os agravos decorrentes do acidente de trabalho [8]. O estabelecimento da vacinação contra a hepatite B, bem como a confirmação da imunidade pós-vacinal, através do exame anti-HBs, é uma forma de evitar a infecção pelo vírus da hepatite B, caso ocorra o acidente de trabalho com material biológico [10].

A implantação de Programas de Educação Continuada buscando orientar a prática de trabalho seguro, dando enfoque ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), ao descarte adequado de perfurocortantes e demais resíduos do serviço de saúde, deve ser direcionada a todas as equipes de profissionais das instituições de saúde.

O estabelecimento de protocolos para o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e o acompanhamento da adesão dos trabalhadores a essas medidas, são ações que minimizam o risco de acidente de trabalho.

Segundo Brasil, o uso rotineiro de barreiras de proteção (luvas, capotes, máscaras, óculos de proteção ou protetores faciais) é recomendado quando for ocorrer o contato mucocutâneo com sangue ou outros materiais biológicos. Devem-se prevenir as exposições percutâneas durante a manipulação de agulhas e outros materiais cortantes, bem como utilizar precauções necessárias durante a desinfecção e esterilização de instrumentos usados em procedimentos invasivos [3].

Quando os profissionais direcionam esforços para cumprir as normas de precauções básicas, pode-se reduzir a freqüência de exposições a sangue em mais de 50%. Entretanto, as mudanças de comportamento podem não alcançar uma redução consistente na freqüência de exposições percutâneas [3].

Prevenir acidentes de trabalho nos serviços de saúde é uma proposta viável, segura e econômica. Proporcionando segurança no ambiente de trabalho, podem-se reduzir os riscos de acidentes de trabalho e de contaminação dos profissionais, evitando-se o desgaste emocional dos mesmos, o absenteísmo, a contratação de novos funcionários e os elevados custos ao município para o tratamento dos profissionais acidentados. Para isso, é necessário estabelecer protocolos vacinais para as doenças imunopreveníveis como à hepatite B, orientar os profissionais sobre o uso adequado de EPI's, sobre o descarte correto de perfurocortantes e demais resíduos de serviços de saúde e acompanhar à adesão dos profissionais a essas medidas [6].

Nos serviços de saúde e em outras instituições, o enfermeiro é um dos profissionais responsáveis pela avaliação dos riscos existentes no ambiente de trabalho. Sendo de sua competência a elaboração e implementação de medidas preventivas e de controle para os acidentes de trabalho.

Material e métodos

Este estudo caracteriza-se como descritivo, de abordagem quantitativa e foi realizado na Divisão de Saúde da Universidade Federal de Viçosa no interior do Estado de Minas Gerais. A população de estudo foi composta por todos os trabalhadores do setor, totalizando 79 profissionais. Os trabalhadores pertencem aos setores de enfermagem, laboratório de análises clínicas, fisioterapia, odontologia, nutrição, psicologia, radiologia, equipe de limpeza, recepção e médicos.

Os dados da pesquisa foram coletados no arquivo da Sala de Vacina da Divisão de Saúde, nos meses de junho e julho de 2008. Mediante a análise dos cartões de vacinação dos trabalhadores do serviço, verificou-se a situação vacinal e a adesão à profilaxia contra o vírus da hepatite B.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Bioética da Instituição na qual foi realizada a pesquisa, conforme preconiza a legislação vigente, respeitando o aspecto confidencial dos dados obtidos.

Resultados

A população de estudo foi constituída por 79 profissionais, que totalizam 100% dos trabalhadores.

Tabela I - Distribuição dos profissionais do serviço de saúde quanto à apresentação do cartão de vacinação.

Profissionais	n	%
Apresentaram cartão de vacina	49	62,0
Não apresentaram cartão de vacina	30	38,0
Total	79	100,0

Durante a coleta de dados no arquivo da Sala de Vacina, verificou-se que 49 profissionais (62,0%) apresentaram o cartão de vacinação, enquanto 30 profissionais (38,0 %) não apresentaram o cartão.

Tabela II - Distribuição dos profissionais do serviço de saúde em relação à situação vacinal contra a hepatite B.

Profissionais	n	%
Vacinados	25	51,0
Não vacinados	24	49,0
Total	49	100,0

Durante a análise dos cartões vacinais, constatou-se que dos 49 profissionais que apresentaram o cartão de vacinação, 25 profissionais (51,0%) encontravam-se vacinados contra a hepatite B e 24 profissionais (49,0%) não estavam vacinados.

Discussão

Observou-se, conforme a tabela I, que um número relevante de trabalhadores não aderiu à norma de biossegurança estabelecida pela instituição, visto que 30 profissionais (38,0%) não apresentaram o cartão de vacina, portanto, não se sabe a situação vacinal dos mesmos.

Para Sanches [9:14] "[...] com a baixa cobertura vacinal fica evidente a eminência do risco ao HBV no ambiente de trabalho desses profissionais".

Na tabela II, observou-se que 25 profissionais (51,0%), vacinaram-se contra a hepatite B antes de iniciarem suas atividades no serviço de saúde. Segundo Brasil [3], as normas de precauções básicas devem ser cumpridas para minimizar os riscos a saúde do trabalhador.

A profilaxia contra o vírus da hepatite B (HBV) foi realizada nos 24 profissionais (49,0%) que não estavam vacinados. O esquema vacinal foi iniciado na Sala de Vacina da Divisão de Saúde, em março de 2007.

Considerando que 30 profissionais (38,0%) não apresentaram o cartão de vacinação, o enfermeiro da instituição deverá realizar a busca ativa e acompanhar a adesão desses profissionais à profilaxia contra o vírus da hepatite B.

As instituições de saúde são responsáveis pela implementação de medidas de segurança e proteção à saúde ao trabalhador [3]. Essas instituições contam com a participação do enfermeiro na fiscalização da CCIH, na implantação de normas de segurança de saúde do trabalhador e demais ações voltadas para a prevenção de doenças no ambiente de trabalho.

Conclusão

A importância de se verificar a adesão à vacinação contra a hepatite B entre os profissionais de serviços de saúde ocorre devido à hepatite B ser imunoprevenível e por ser a doença de maior risco de transmissão no acidente de trabalho com material biológico.

O resultado do estudo demonstrou que os serviços de saúde devem investir na prevenção e na saúde do trabalhador principalmente no que tange a vacinação.

A implantação de Programas de Educação Continuada, a sensibilização dos profissionais para o uso de equipamentos de proteção individual, a adesão à vacinação contra as doenças imunopreveníveis, entre outras, são medidas preventivas que podem reduzir e ou evitar acidentes de trabalho e o absenteísmo.

Para que os profissionais de serviços de saúde possam promover saúde e oferecer serviços de qualidade, é indispensável que estejam saudáveis e se sintam seguros no ambiente de trabalho.

O enfermeiro sendo educador e provedor de saúde deve planejar e executar ações preventivas para os acidentes de trabalho, minimizando assim os riscos ocupacionais que muitas vezes afastam o trabalhador de forma permanente de sua ocupação.

Agradecimentos

A todos que contribuíram para a realização da pesquisa.

Referências

1. Marziale MHP, Nishimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(1):36-42.
2. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):571-77.
3. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Condutas – Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV. Brasília: MS; 1999.
4. Lei nº. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispões sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [online]. [citado 2008 Jun12]. Disponível em: URL: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/Leis/8213_91.html>
5. Sêcco IAO, Gutierrez PR, Matsuo T, Robazzi MLCC. A equipe de enfermagem de hospital escola público e os acidentes de trabalho com material biológico. Semina Ciênc Biol Saúde 2003;24:21-36.
6. Ministério da Saúde. Riscos Biológicos – Guia Técnico. Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora Nº. 32. Brasília: MS; 2008.
7. Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Informe Previdência Social No. 10, vol. 13, out. 2001; Brasília: MPAS; 2001
8. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 6ª. Ed, Brasília: MS; 2006. p. 164-8.
9. Sanches FAD. Medidas pré e pós-exposição para hepatite B em acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de saúde nos hospitais municipais de emergência [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, Curso de Saúde Pública; 2002. 80p

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C [online]. [citado em 2008 Jul 17]. Disponível em: URL: <http://www.biossegurancahospitalar.com.br/files/manuacbi.pdf>
11. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [online]. Disponível em:URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude. Acesso em: mar. de 2008.
12. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade [online]. [citado 2008 Mar 15]. Disponível em: URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/obitos_hepatite_b.pdf>.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2009;8(4)

Artigo original

A graduação em enfermagem e a humanização: um encontro possível

Fabio Fortes de Araújo*, Ana Clementina Vieira de Almeida, D.Sc.**, Fernanda Moraes Gonçalves***

**Acadêmico do curso de enfermagem do 7º período da Universidade do Grande Rio, Pesquisador Bolsista de Iniciação Científica PIIC/PIBIC-CNPq/FUNADESP da Universidade do Grande Rio, Acadêmico Bolsista de Enfermagem do Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcante - HEMORIO (IEHE), Acadêmico Bolsista de Enfermagem do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM), **Profª. do Curso de Enfermagem da Universidade do Grande Rio, ***Acadêmica do curso enfermagem do 7º período da Universidade do Grande, Acadêmica Bolsista de Enfermagem do Hospital Central da Polícia Militar (HCPM)*

Resumo

Nosso interesse sobre o tema surgiu a partir de reflexões sobre a humanização na graduação do curso de enfermagem. Observando situações, relatos e fatos ocorridos em nosso cotidiano notamos como a falta da humanização é provavelmente responsável por dificuldades no processo ensino aprendizagem. Escolheu-se como objetivo analisar o exercício da humanização em sala de aula tendo como princípios os aspectos contidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais/2001. Trata-se de uma pesquisa ação com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi o Campus II Lapa da Escola de Enfermagem da Unigranrio, tendo como participantes 40 discentes após terem participado de debates sobre humanização. A análise dos dados revelou que 80% dos discentes percebem a sala de aula e outros espaços de aprendizado, como locais onde a humanização não está presente, sendo este um fato preocupante, por correr-se o risco da reprodução de práticas contrárias aos princípios contidos na humanização e nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: humanização da assistência, pesquisa em educação de Enfermagem, programas de graduação em Enfermagem, prática do docente de Enfermagem, estudantes de Enfermagem.

Abstract

Graduating in nursing and humanization: a possible meeting

Our interest in this topic arose from discussions about the humanization for undergraduate students of the School of Nursery. Observing situations, reports and events occurring daily we have noted that the lack of humanization is probably responsible for difficulties in the teaching-learning process. The aim of this study was to analyze the performance of the humanization in the classroom with the principles contained in the aspects of National Curriculum Guidelines. The environment of the study was the Campus II Lapa of Nursing School of Unigranrio, and 40 students that have attended of humanization debates. The

Artigo recebido em 16 de fevereiro de 2009; aceito em 16 de junho de 2009.
Endereço para correspondência: Fabio Fortes, Rua Marechal Trompowsky, 20/306, 20530-310 Rio de Janeiro RJ, E-mail: fabiofortes@zipmail.com.br

analysis revealed that 80% of students perceive the classroom and other areas of learning, as places where the humanization was not performed. This lack of humanization in the learning environment can produce distorted practice in classroom and this can be contrary to the principles contained in the humanization and the National Curriculum Guidelines.

Key-words: humanization of assistance, Nursing education research, Education, Nursing, Diploma Programs, Nursing faculty practice, Nursing students.

Resumen

El licenciado en enfermería y la humanización: un posible encuentro

Nuestro tema surgió de las reflexiones sobre la humanización en el curso de graduación en enfermería. Observando las situaciones, los informes y los acontecimientos que ocurren en nuestro cotidiano notamos que una falta de humanización es probablemente responsable por las dificultades en el proceso enseñanza aprendizaje. El objetivo de este estudio fue analizar el ejercicio de humanización en el aula de acuerdo con las Directrices Curriculares Nacionales. Se trata de una investigación cualitativa realizada en el Campus II Lapa de la Escuela de Enfermería de la Unigranrio, con 40 estudiantes de enfermería que participaron de debates sobre humanización. El análisis de los datos reveló que el 80% de los estudiantes perciben el aula y otros espacios, como áreas donde no se realiza la humanización. Esto es muy preocupante, ya que esta falta de humanización en el contexto del aprendizaje puede producir prácticas contrarias a los principios de la Directrices Curriculares Nacionales.

Palabras-clave: humanización de la atención, investigación en educación de Enfermería, programas de graduación en Enfermería, práctica del docente de Enfermería, estudiantes de Enfermería.

Introdução

Nosso interesse em pesquisar o tema surgiu a partir de observações, discussões e reflexões sobre a humanização na graduação de educandos do curso de graduação em enfermagem. Interessou-nos ampliar as reflexões sobre este tema tomando como objeto de estudo a humanização na graduação de enfermagem nos espaços de aprendizado.

A humanização na graduação visa desenvolver a socialização, estimular a afetividade, construir ponte produtiva nas relações sociais, estimular a sabedoria, superar conflitos, e valorizar o ser, que deveria ser a motivação maior de educadores e educandos no processo ensino aprendizado [1].

Na cultura ocidental, a educação, é sempre vista como processo de formação humana. Essa formação significa a própria humanização do homem, que sempre foi concebido como um ente que não nasce pronto, que tem necessidade de cuidar de si mesmo como que buscando um estágio de maior humanidade, uma condição de maior perfeição em seu modo de ser humano [2]. Porém, observando e analisando situações, relatos e fatos ocorridos em nosso cotidiano notamos como a falta de humanização entre docentes e discentes e entre discentes é provavelmente responsável por dificuldades de relacionamento, por ser gerador de conflitos, pelo desrespeito aos valores sócio-culturais do próximo, perda de valores humanos e desvalorização do ser, colaborando para deficiência no processo de ensino/aprendizagem do graduando de enfermagem.

É importante a humanização nas relações entre docentes e discentes e entre discentes, principalmente priorizando os aspectos que estão relacionados ao processo de ensino/aprendizagem. Além disso, há necessidade de educarmos os jovens mediante o diálogo e sobretudo com atitudes de amar a espécie humana [1].

Cada um de nós deseja ser reconhecido não apenas como ser natural, mas como humano e, nas relações, sejam quais forem, pretende estar num mundo humanizado [3]. Desta reflexão surge o seguinte questionamento: qual é a responsabilidade do homem que preside a ação educacional com relação a formar valores, atitudes e pessoas com comportamento humanizado?

Considerando-se que a prática humanizada requer que essa humanização se inicie na própria graduação, escolhemos como objeto de estudo a prática da humanização nos espaços de ensino aprendizado e a incorporação da mesma na formação dos acadêmicos.

Nossa pretensão é analisar o exercício da humanização de educandos e docentes em sala de aula, no processo ensino/aprendizagem tendo como princípios os aspectos contidos nas (DCN) Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

Enfermagem e outros documentos do (SUS) Sistema Único de Saúde, sendo este nosso objetivo geral.

Como objetivos específicos entendemos ser importante, neste tipo de pesquisa, desenvolver debates na graduação para discentes e docentes relativos à humanização; identificar junto aos educandos como eles percebem a humanização em sala de aula, tomando como princípio as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e apresentar aos discentes e docentes os resultados parciais obtidos durante toda a elaboração da pesquisa.

A relevância do estudo está em trazer para o meio acadêmico discussões e debates sobre uma prática pedagógica mais humanizada, para o exercício da humanização no processo ensino aprendizagem, entendendo que este é o primeiro passo para um cuidado humanizado.

Revisão de literatura

Todo homem que quer ser reconhecido como verdadeiramente humano, para reconhecê-lo como seu igual, deve tornar-se humano, pelo caminho do desenvolvimento racional, social e ético, a que se acrescenta hoje a dimensão afetiva [3].

A análise da humanização, da ética e do relacionamento interpessoal permite perceber facilmente os pontos de contato entre esses temas e a necessidade imperiosa de ser respeitada ininterruptamente a dignidade de todas as pessoas [4]. Porém o relacionamento interpessoal saudável, às vezes, não encontra guarida no âmbito organizacional, gerando os mais diversos conflitos e, portanto, "desumanizando" as organizações, tendo como exemplo, a desconsideração dos valores humanos e da ética como realidades desumanizadoras [4].

A educação não é apenas um processo institucional e instrucional, que é seu lado visível, mas fundamentalmente é um investimento formativo do humano, seja na particularidade da relação pedagógica pessoal, seja no âmbito da relação social coletiva sem perder as imprescindíveis referências éticas e políticas, mas tendo em mente, que o processo de formação de um sujeito ético ou de um sujeito cidadão, vai depender da própria construção do sujeito humano [2].

Não há outro caminho para esta construção senão o da prática de uma pedagogia humanizadora, em que a liderança revolucionária, em lugar de se sobrepor aos oprimidos e continuar mantendo-os como quase coisas, com eles estabelece uma relação de diálogo permanente [5:31].

A educação, como ciência que pretende ser, é um pensamento produzido pelo ser humano, para ser aplicado aos seus semelhantes, o que implica uma visão de si mesmo e de ser humano em geral [3].

Como sistema de saberes organizados em torno do pedagógico para o fazer educativo, o educador deverá realizar uma reflexão sistemática sobre os objetivos e as modalidades da educação, para se alcançar a humanização [3].

Devemos ter em mente dois focos para reflexão: o primeiro é perguntar-se que homem está presente na educação no contexto social brasileiro nestas últimas décadas e como ele percebe a relação entre educação e humanização e o segundo, quais os desafios e inquietudes relativos ao processo humanizador nos centros educacionais? [3].

A este respeito lembramos que é como humanos que as pessoas que se percebem oprimidas têm de lutar e não como coisas. É precisamente porque na relação entre educadores e educandos, estes últimos muitas vezes são reduzidos a condição de quase "coisa" e para reconstruir-se é importante que ultrapassem o estado de quase "coisas", reconhecendo que para haver uma transformação é necessário que se vejam como pessoas humanas capazes de agir e de lutar pelos seus direitos [5:31].

Neste sentido a chamada educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir "conhecimentos" e valores aos educandos, meros depósitos, à maneira da educação "bancária" [5:39].

Percebe-se o antagonismo entre as duas concepções, uma, a "bancária", que serve à dominação; outra, a problematizadora, que serve à libertação, sendo que a primeira, necessariamente, mantém a contradição educador-educandos e, a segunda, realiza a superação [5:39].

Em uma sociedade que, em geral, os valores éticos e morais são vilipendiados, é urgente a necessidade das pessoas se humanizarem [4].

Método

Trata-se de uma pesquisa ação que utiliza a abordagem qualitativa para coleta, análise e discussão dos resultados.

A pesquisa ação é uma linha de pesquisa associada a diversas formas de ação coletiva orientada em função da resolução de problemas ou de obje-

tivos de transformação, buscando uma interação entre o pesquisador e os participantes das situações pesquisadas. Na pesquisa-ação o planejamento das ações é realizado pelos atores sociais, podendo ser o pesquisador um animador ou até mesmo um participante ativo. Uma das características marcantes da pesquisa-ação é seu compromisso com a resolução dos problemas da situação pesquisada [6].

Na pesquisa ação, como o próprio nome aponta, existe uma ação por parte dos pesquisadores, ação esta, problemática, que mereça investigação para ser elaborada e conduzida. Assim, os pesquisadores têm papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e avaliação das ações, organizando assim sua ação. É, por isso que na pesquisa ação, deve-se definir com precisão a ação, seus agentes, seus objetivos e obstáculos [6].

A estratégia metodológica da pesquisa ação apresenta alguns aspectos:

a) há uma ampla e explícita interação entre pesquisador e pessoas implicadas na situação investigada;
b) o objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
c) a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo); pretende-se aumentar o conhecimento ou o 'nível de consciência' das pessoas e grupos considerados [6].

A pesquisa qualitativa é aquela que reconhece os atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas e os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado [7].

O cenário escolhido para este estudo foi a Escola de Enfermagem da Unigranrio, Campus II – Lapa, tendo como participantes quarenta estudantes do primeiro ao último período do curso de Graduação em Enfermagem. O critério de escolha se deu pelo interesse do discente em participar do estudo, após a apresentação do tema humanização em sala de aula seguida de debate. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semi estruturada aplicada por meio de um roteiro de questões [7].

O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de Ética da Unigranrio em 2008. Para todos os participantes foi solicitando a anuência formal através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual garante anonimato e a liberdade em participar ou não de qualquer fase da pesquisa, atendendo a Resolução nº 196 / 96. Procedemos à coleta de dados com os participantes em novembro de 2008. Para a análise das entrevistas, concentramo-nos, no que se apresentava em comum, buscando convergências ou similaridades apontadas pelos estudantes em suas experiências vivenciadas com a humanização. Os dados foram operacionalizados a partir dos seguintes passos: inicialmente os dados foram ordenados com a transcrição de fitas-cassetes, releitura do material e a organização do material em determinada ordem. Em seguida, procurou-se organizar as falas segundo o mesmo sentido, referenciados por eixos temáticos quais sejam: conhecimento prévio dos discentes sobre humanização; percepção dos acadêmicos sobre a necessidade de humanização em sala de aula; como acontece a humanização nas relações docentes x discentes; a humanização nas relações discentes x discentes. Novas leituras foram realizadas partindo agora dos eixos temáticos com o intuito de encontrar pontos comuns entre os mesmos, permitindo seu agrupamento nas seguintes categorias de análise:

1- Vivenciando a humanização na teoria e na prática;
2- Vivenciando situações desumanizantes;
3- A humanização, a legislação e a prática profissional.

Resultados e discussão

Categoria 1 - Vivenciando a humanização na teoria e na prática

Durante as entrevistas ficou claro que a grande maioria dos acadêmicos (82%) já tinha vivenciado na teoria temas relacionados à humanização. Foi possível perceber o interesse de uma grande maioria dos educando da graduação em enfermagem acerca da temática humanização e a busca por informações que vão além da sala de aula, em livros de variados autores, palestras, cursos e outros. Nos relatos daqueles que já haviam lido sobre a temática humanização, encontramos:

> Na revista Viva sempre vem um texto que fala sobre humanização, como está o comportamento das pessoas, a ética, a moral etc. [...]. (E1)

> [...] já li alguma coisa nos livros de Augusto Curry e outros. (E5)

> [...] no programa Humaniza SUS, extra classe [...].(E2)

> [...] num livro do Paulo Freire. (E36)

> [...] no livro A última grande lição. (E21)

> [...] numa palestra dada por Fabio Fortes na faculdade. (E17)

> [...] já ouvi palestras na faculdade [...]. (E32)

Acreditamos ser importante identificar o conhecimento prévio sobre humanização ao qual o discente já teve contanto, pois este entendimento torna-se necessário para o reconhecimento do outro e reconhecimento de si, no outro em uma decisão e compromisso de colaborar na construção do mundo comum. Não há consciências vazias; por isto os homens não se humanizam, senão humanizando o mundo [5].

Este conhecimento permitiu que realizássemos reflexões sobre a importância de nos reconhecer como agentes humanizadores em nossas condutas, pois à medida que percebemos no outro aspectos de humanização seja ele docente ou discentes, torna-se mais fácil desenvolver práticas de humanização.

Quando saímos da base teórica e solicitamos que os entrevistados descrevam como acontece a humanização na sala de aula, os estudantes referem que esta não é discutida como deveria, ou quando é discutida faz parte de outros conteúdos, não ficando a discussão bem explícita para o educando. Pudemos perceber que os educandos sentem a necessidade de uma maior inserção da temática humanização nos currículos acadêmicos, como encontrado nos relatos:

> [...] a humanização deveria ser discutida desde o início do 1º período [...] (E1)

> [...] a humanização precisa ser mais trabalhada em sala de aula [...] (E28)

Ressaltam os entrevistados sobre a importância de discentes e docentes estarem juntos na busca do processo de humanização colocando-os no mesmo patamar, sem hierarquização, pois o processo de humanizar o ambiente acadêmico é visto pelos discentes como uma via de mão dupla entre discentes e docentes, onde é necessário que haja uma troca, para que discentes e docentes se humanizem juntos. Referem os educandos que:

> [...] na sala de aula a questão da humanização docente x discente e vice-versa é de grande valor. (E16)

> [...] os professores junto com os alunos deveriam realizar mais palestras ou trabalhos sobre humanização. (E29)

Ressaltamos que educandos e educadores somente se humanizam quando trabalham juntos com o principal objetivo de formar uma sociedade na qual as mediações das consciências coexistam em liberdade, pois cabe aos que constroem essa sociedade, também, assumirem a responsabilidade de dar-lhe uma direção [5].

Entendemos que os educadores não podem fugir de seu compromisso com os homens, que é ser solidário com eles na incessante busca da humanização, constituindo-se, portanto em seu compromisso como profissional, além de uma dívida que assume ao fazer-se profissional [8].

Em outra fala os educandos referem:

> [...] humanizar é praticar em 1º lugar o amor que é o mais importante de tudo. (E13)

Neste sentido é necessário educarmos os jovens com palavras e, sobretudo com atitudes de amar a espécie humana. Além disso, é fundamental humanizar o conhecimento para só assim conseguir revolucionar a educação [1].

Ressaltamos que a educação moderna está em crise porque não é humanizada, esta separa o pensador do conhecimento, o educador da disciplina, o educando da escola, enfim, separa o sujeito do objeto [1].

Enfatizamos o importante papel do enfermeiro como gerente do cuidado, seja na educação ou atuando em diferentes cenários do cuidado, onde se pretende que tenha uma prática humanizada, contribuindo para uma qualificação tanto nos aspectos didáticos pedagógicos quanto naqueles ligados a prática social e profissional.

Categoria 2 - Vivenciando situações desumanizantes

Apesar de muito se falar em humanização e na importância de prática humanizadoras no cotidiano da graduação foi possível identificar uma divergência de opiniões entre os educandos, 80% apontam de maneira categórica que a prática do professor no processo ensino/aprendizado é autoritário e pouco humanizado e, apenas, 20% percebem que são tratados com humanização durante seu aprendizado.

Nos relatos dos entrevistados, encontramos:

> [...] alguns docentes se portam de forma desumanizada. (E11)

> [...] algumas vezes a hierarquia impera e alguns professores tratam alunos como indiferentes. (E5)

> [...] acredito que sempre é importante ter bons professores com boas coisas para ensinar, porém não adianta tudo isso se não tiver o respeito e o lado humano. (E40)

É possível observar nos relatos exemplos evidentes da falta de humanização nos espaços de aprendizagem durante processo de ensino/aprendizagem, que podem contribuir para desqualificação na prática pedagógica e na formação acadêmica do educando.

Ressaltamos que nem todos os docentes agem de forma desumanizada nos cenários de aprendizagem durante o processo de ensino/aprendizagem, revelando que é possível uma prática pedagógica mais humanizada, como vemos no relato:

> [...] alguns respeitam a individualidade de cada um e seus direitos e deveres, outros apenas ditam regras e não existe possibilidade de acordo. (E22)

Quando analisamos as relações educador-educandos, na escola, em qualquer de seus níveis, ou fora dela, nos convencemos de que estas relações apresentam um caráter especial e marcante. A necessidade que se impõe de superar a situação opressora, que gera uma ação desumanizada e desumanizante, atinge tanto aos que oprimem quanto os oprimidos. Os primeiros se encontram desumanizados pelo próprio motivo de oprimir, e aos segundos, cabe sofrer as conseqüências de atitudes desumanizantes geradoras de medos, conflitos e principalmente o de ser um perpetuador deste modelo desumanizante [5].

Encontramos na experiência educativa que, após alguns momentos de discussão viva em torno de um tema que os alunos percebem como problemático, estes param de repente e dizem ao educador: *"Desculpe, nós deveríamos estar calados e o senhor falando. O senhor é o que sabe; nós, os que não sabemos"*. Este comportamento é coerente com a pouca possibilidade de troca entre educador e educandos, onde os últimos de tanto ouvir que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber, que são indolentes, que não produzem, terminam por se convencer de sua *"incapacidade"*. Falam de si como os que não sabem e do *"doutor"* como o que sabe e a quem devem escutar [5:28].

Se de um lado percebemos que existem práticas desumanizantes na relação educador e educando, também foi possível perceber que as mesmas estão presentes entre os pares, ou seja, entre os discentes, em que 87% dos entrevistados revelaram que o desrespeito com o outro, é a forma que mais evidencia a desumanização no ambiente de aprendizado, e que vem a ser a maior causa dos conflitos entre os discentes.

Vejamos os relatos dos entrevistados:

> [...] na relação discente x discente costumam haver conflitos momentâneos. (E10)

> [...] não há uma humanização, pois não há respeito. (E26)

> [...] percebo que alguns colegas não respeitam o outro**.** (E8*)*

Com relação ao respeito ao outro, o diálogo é a melhor maneira de se resolver os conflitos. O diálogo pode estabelecer-se no interior da escola, da sala de aula ou em pequenos grupos. Dentro de uma visão macro-educacional, onde a ação pedagógica não se limita à escola, pois a organização da sociedade é também tarefa do educador. E, para isso, o seu método, a sua estratégia é a do diálogo [8].

O diálogo é uma ferramenta educacional insubstituível, pois cria uma esfera de solidariedade e regata o sentido da vida [1]. Pudemos perceber que grande parte dos conflitos ocorre pela falta de diálogo, assim como revela a falta de respeito às diferenças, e aos valores sócio-culturais do próximo.

Categoria 3 - A humanização a legislação e a prática profissional

Neste estudo, interessou-nos conhecer se os debates sobre as diretrizes curriculares nacionais (DCN), durante diferentes períodos da graduação, tinham proporcionado ao acadêmico espaço de reflexão sobre a questão da humanização. Questionamos nossos atores quanto ao reconhecimento do conceito da humanização nas DCN, e apenas 48% conseguiram identificar princípios de humanização na mesma. Este resultado nos levou a refletir sobre a pouca visibilidade para os educandos sobre o conceito de humanização contido nos artigos da DCN/2001, pois apesar deste documento ser trabalhado desde os primeiros períodos de graduação, talvez não seja este o aspecto mais enfatizado no processo ensino-aprendizado.

Pudemos verificar ao ler a DCN/2001, que o conceito de humanização aparece atrelado aos conceitos de relações interpessoais, assistência ao paciente, sociedade, trazendo um destaque aos aspectos éticos individuais e profissionais como podemos ver a seguir:

No art.3º das DCN encontramos:

> O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/ profissional:
>
> I - Enfermeiro, com formação generalista, *humanista*, (grifos nossos) crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e *pautado em princípios éticos* (grifos nossos). Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano [9].
>
> Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:
>
> VIII - a *valorização das dimensões éticas e humanísticas*, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro *atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade* (grifos nossos) [9].

Pudemos perceber que o conceito de humanização contido na DCN/2001 está em consonância com o pensamento dos educadores referenciados neste estudo. Já com relação ao processo ensino aprendizado, surge a necessidade de se repensar e reavaliar as relações interpessoais e os conteúdos ministrados durante a graduação de enfermagem, pois acreditamos que a qualidade do que se ensina em sala de aula vai refletir na maneira como os profissionais estão sendo formados e encaminhados para o campo de trabalho, sendo imprescindível que os graduandos recebam uma formação mais humanista [10].

Conclusão

Ao iniciarmos o estudo, nosso objetivo foi analisar o exercício da humanização de educandos e educadores nos espaços de aprendizado no processo ensino/aprendizagem tendo como princípios os aspectos contidos nas DCN.

Com relação e este objetivo, podemos dizer que este estudo revelou a necessidade de se enfatizar o conceito de humanização contido nas DCN/2001 e ampliar as discussões sobre o tema trazendo-o para a realidade do educando na sua vivência teórica e prática. Acreditamos que desta maneira o educando poderá relacionar a teoria e prática e, sobretudo, começar a repensar se suas ações e a dos docentes em sala de aula estão acontecendo a partir dos princípios da humanização como a ética, a bioética, o compromisso com a cidadania e o respeito às diferenças individuais.

Este nosso pensar vem do resultado obtido em nossas entrevistas, nas quais 80% dos participantes referem perceber atitudes contrárias a humanização em algum momento no processo ensino aprendizagem. Esta percepção vem a partir dos conflitos constantes entre educadores e educandos nos espaços de aprendizado e da falta de respeito que se observa entre os discentes. O que é preocupante e que ficou evidente neste estudo foi o grande percentual de educandos que percebe a sala de aula e outros espaços de aprendizado, como locais onde a humanização não está presente.

Os resultados nos revelaram a necessidade de educadores e educandos repensarem a sua prática

tomando como referência os autores apresentados neste estudo que tem uma visão de humanização na educação muito próxima da visão do cuidado e da maneira como as Diretrizes Curriculares Nacionais percebem a humanização.

A partir deste estudo deixamos como questionamento: de que maneira a falta de humanização entre docentes x discentes e entre discentes vem contribuindo para práticas pouco humanizadas na assistência e no ensino da enfermagem?

É urgente a necessidade de reconhecer que o objetivo maior durante o processo de ensino aprendizagem do educando de enfermagem é formar seres humanos com senso de responsabilidade social, comprometidos com a cidadania, com valores éticos, bioéticos, sociais e humanísticos. Além disso, também é necessário reconhecer o educador como agente facilitador e mediador do processo de ensino aprendizagem que sempre deve buscar a formação integral do educando, mediante ao desenvolvimento de atitudes e valores éticos, bioéticos, sociais e humanísticos orientados para solidariedade, cidadania, responsabilidade social, respeito ao próximo e ao meio ambiente e que objetivem a qualificação do processo de ensino aprendizagem na formação do educando.

Referências

1. Cury A. Pais brilhantes, professores fascinantes. Rio de Janeiro: Sextante; 2003.
2. Severino AJ. A busca do sentido da formação humana: tarefa da filosofia da educação. Educ Pesqui 2006;32(3):619-34.
3. Pivatto PS.Visão de homem na educação e o problema da humanização. Revista Educação PUCRS 2007;30(2)337-63.
4. Costa WS. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. Caderno de Pesquisa em Administração 2004;11(1):17-21.
5. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
6. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2005.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec;1993.
8. Freira P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
9. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: Resolução nº. 3, de 7 de novembro de 2001. Brasília (DF): MS; 2001.
10. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Rev Eletr Enf [internet] 2005. [citado em 12 dez 2009]; 6 (3): 400-9. Disponível em URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/13_Revisao3.pdf

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2009;8(4)

Artigo original

Atendimento pré-natal realizado por enfermeiras: opinião das gestantes

Maria da Conceição Costa Rivemales*, Ione Cardinale Oliveira**, Larissa Oliveira da Silva**, Mariana Ferreira Lima**

**Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Orientadora do estudo, **Enfermeira graduada pelo Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC)*

Resumo

O trabalho da enfermeira durante o pré-natal é de grande relevância, orientando na solução de problemas de saúde e sociais, de acordo com a especificidade de cada mulher. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo conhecer a opinião das gestantes quanto ao atendimento pré-natal realizado pela enfermeira. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo com caráter descritivo e exploratório. Os dados foram coletados através da entrevista estruturada, tendo como sujeitos dezoito gestantes acompanhadas no pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Salvador/BA. Os resultados demonstraram que 83% das gestantes entrevistadas afirmaram estarem satisfeitas quanto ao atendimento pré-natal realizado pelas enfermeiras, além de terem demonstrado reconhecimento e valorização do trabalho da enfermeira na assistência pré-natal, particularmente no que concerne à educação em saúde, orientação e apoio, durante a consulta de enfermagem. Contudo, as gestantes demonstraram a necessidade de realização de palestras educativas na UBS. Observamos que é oportuno que a UBS crie um indicador para que se possa avaliar a qualidade da assistência prestada no atendimento pré-natal e o redirecionamento da prática profissional quanto ao atendimento prestado a gestante, enfocando elementos como o diálogo franco e disposição para ouvir os medos e ansiedades vivenciadas durante esse período pela mulher.

Palavras-chave: cuidado pré-natal, saúde da mulher, gestantes, enfermagem obstétrica.

Abstract

Prenatal care performed by nurses: feedback from women

The work of nurses during the prenatal period is of great relevance, focusing on the solution of health problems and social, according to the specificity of each woman. Accordingly, this study aims to know the opinion of women about prenatal care conducted by the nurse. This is a qualitative-quantitative study with descriptive and exploratory character. Data were collected through structured interviews with eighteen pregnants women in a Basic Health Unit (UBS) from Salvador / BA. The results showed that 83% of the women interviewed are satisfied with the prenatal care performed by nurses, also have demonstrated recognition and appreciation of the work of nurses in prenatal care, particularly with regard to health education, guidance

Artigo recebido em 18 de fevereiro de 2009; aceito em 23 de julho de 2009.
Endereço para correspondência: Avenida Simon Bolívar, 156 Jardim Armação 41750-230 Salvador BA, Tel: (71) 3398-6218, E-mail: maria@rivemales.com

and support during the consultation of nursing. However, there is the need for implementation of educational lectures in UBS. We observed that it is appropriate that the UBS creates an indicator that can evaluate the quality of care in prenatal care and the redirection of professional practice regarding the care provided to pregnant women, focusing on elements such as the frank dialogue and willingness to listen to the fears and anxieties experienced by women during this period.

Key-words: prenatal care**,** women's health, pregnant women, obstetrical nursing.

Resumen

Atención prenatal realizado por personal de enfermería: opiniones de las mujeres

La labor del personal de enfermería durante el período prenatal es de gran importancia, centrándose en la solución de los problemas de salud y sociales, de acuerdo a la especificidad de cada mujer. En consecuencia, este estudio pretende conocer la opinión de las mujeres sobre los cuidados prenatales realizadas por la enfermera. Este es un estudio cualitativo-cuantitativo y descriptivo con carácter exploratorio. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas con dieciocho mujeres embarazadas en una Unidad Básica de Salud (UBS) de Salvador/BA. Los resultados mostraron que el 83% de las mujeres entrevistadas están satisfechas con la atención prenatal realizada por enfermeras, también han puesto de manifiesto el reconocimiento y la valoración de la labor de las enfermeras en la atención prenatal, especialmente en lo que respecta a la educación sanitaria, orientación y apoyo durante la consulta de enfermería. Sin embargo, existe la necesidad de la aplicación de conferencias educativas en UBS. Hemos observado que es conveniente que el UBS crea un indicador de que puede evaluar la calidad de la atención en la atención prenatal, así como la reorientación de la práctica profesional en relación con la atención prestada a las mujeres embarazadas, haciendo hincapié en elementos tales como el diálogo franco y la voluntad de escuchar a los temores y ansiedades que experimentan las mujeres durante este período.

Palabras-clave: atención prenatal, salud de la mujer, mujeres embarazadas, enfermería obstétrica.

Introdução

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado no início dos anos 80 deu ênfase aos cuidados básicos de saúde, dando a devida importância à participação da(o) enfermeira (o) nas ações da saúde da mulher, especialmente na assistência pré-natal.

A assistência pré-natal prevê o acompanhamento sistematizado no período gestacional, feito durante as consultas de pré-natal, nas quais são identificados os principais fatores de risco tanto para a saúde materna quanto do concepto. Deve ser iniciado o mais precocemente possível e as consultas devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais ou semanais até a 37ª semana, e semanais até o parto. O aumento do número de consultas nas últimas semanas de gestação é importante para melhorar a avaliação obstétrica e propiciar apoio emocional ao parto.

O principal objetivo do pré-natal é acolher a mulher, desde o início da gravidez, garantindo seu bem estar e assegurando ao fim da gestação o nascimento de uma criança saudável. Para tanto, as unidades integrantes do sistema de saúde do estado e município devem garantir a atenção ao pré-natal com a captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação, seguindo uma média de no mínimo seis consultas de pré-natal [1].

No contexto da assistência ao pré-natal, as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

A consulta de enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam à abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres com quem interagimos em consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde [2]. É pertinente lembrar que os contatos freqüentes nas consultas entre enfermeiras e clientela possibilitam melhor monitoramento do bem estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas.

A Lei do Exercício Profissional e o Decreto nº. 94.406/87 garantem ao enfermeiro o direito de acompanhar o pré-natal de baixo risco e a realização das consultas de enfermagem na rede básica seguindo o roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde [3].

A consulta de pré-natal realizada pela enfermeira permite uma maior identificação profissional-cliente, e possibilita as mulheres atendidas evidenciar claramente as diferenças nas relações entre elas e outros profissionais [4]. No decorrer do período pré-natal, o trabalho da enfermeira é de grande relevância, orientando na solução de problemas de saúde e sociais, de acordo com a especificidade de cada mulher, assim como, através da orientação e ensino abrangente em todo o ciclo vital.

No entanto, persistem fatores que impedem ou dificultam significativamente a realização da consulta de enfermagem. Entre outros, merecem destaque às precárias condições de ambiente da unidade básica de saúde; infra-estrutura e outros recursos; além do acúmulo de funções (administrativa e assistencial) pela enfermeira; falta de conhecimento dos aspectos legais, que resultam em omissão e descuido quanto à prioridade da consulta de enfermagem como atividade específica da enfermeira e atenção básica de saúde da mulher na fase reprodutiva ou ginecológica [5].

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

O estudo tem como enfoque a consulta de enfermagem realizada no pré-natal, tendo como objetivo conhecer a opinião das gestantes quanto ao atendimento pré-natal realizado pela enfermeira. Os objetivos específicos pretenderam: descrever a opinião das gestantes quanto à consulta da enfermagem no pré-natal e identificar quais medidas poderiam contribuir para a melhoria do atendimento pré-natal realizado pelas enfermeiras, sob o ponto de vista das gestantes.

A relevância desse estudo está atrelada à importância da consulta do pré-natal realizada pelas enfermeiras, tornando-se imprescindível verificar se o pré-natal realizado por esses profissionais está suprindo as expectativas das usuárias do serviço.

Material e métodos

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo com caráter descritivo e exploratório. Os dados foram coletados através da entrevista estruturada, onde há uma preocupação em discutir e não quantificar os elementos que envolvem o objeto de estudo. O caráter qualitativo "se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado [6]".

O *lócus* do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário de Brotas, no município de Salvador-Bahia. Os sujeitos do estudo foram constituídos por dezoito gestantes que foram questionadas quanto ao atendimento pré-natal realizado pelas enfermeiras.

Respeitando os aspectos legais, o projeto deste estudo foi apresentado ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador (FTC), tendo sido aprovada em reunião do dia 07 de janeiro de 2008 com protocolo de número 210. As entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram utilizados pseudônimos na identificação das depoentes mantendo sigilo do verdadeiro nome.

Como instrumento da pesquisa foi utilizado um questionário constituído por nove perguntas, composto de duas partes: a primeira correspondeu ao perfil sócio-demográfico com a descrição do nome (somente as iniciais da entrevistada), idade, escolaridade (analfabeto, 1º grau incompleto ou completo, 2º grau incompleto ou completo, superior incompleto ou completo), ocupação (atividade que desempenhe com remuneração ou não), condição conjugal (solteira – aquelas que residem sozinhas ou com os familiares sem o (a) parceiro (a) sexual – e casadas – aquelas que residem com o (a) parceiro (a) sexual), renda pessoal e renda familiar. A segunda parte diz respeito às questões referentes à opinião das gestantes quanto ao atendimento pré-natal.

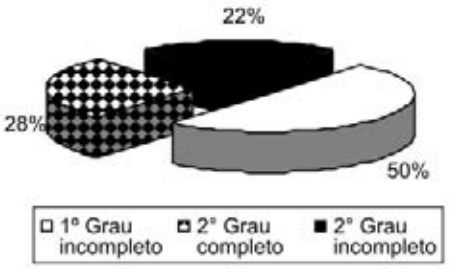
Resultados e discussão

Perfil sócio-econômico

Com relação à faixa etária, 11,6%, do total das mulheres entrevistadas encontravam-se entre 18 a 22 anos, 49,4% entre 22 a 26 anos, 27,7% entre 26 a 30 e 11,3% entre 30 a 34. Quanto à condição conjugal 44,5% das gestantes entrevistadas tinham um relacionamento estável e 55,5% eram solteiras.

Quanto à escolaridade, o Gráfico 1 revela que 50% das gestantes entrevistadas possuem 1º grau incompleto, 22% possuem 2° grau incompleto e 28% possuem 2º grau completo.

Gráfico 1- Escolaridade das gestantes atendidas no pré-natal em uma UBS de Salvador/BA, 2008.



Os dados mostram que os estudos da maioria das entrevistadas foram comprometidos, na medida em que estes foram interrompidos, possivelmente em decorrência do cuidado dispensado aos filhos, a casa, e aos companheiros, etc., o que pode demonstrar a dificuldade existente para essas mulheres se inserirem no mercado de trabalho [7].

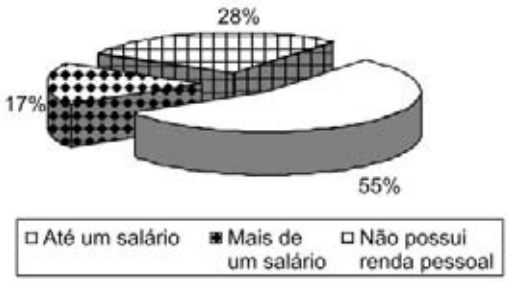
Se pensarmos nas condições de vida desfavoráveis e analisarmos o Quadro I veremos que as chances dessas mulheres continuarem estudando e chegarem ao final dos estudos são muito pequenas. Essas chances se tornam ainda menores se levarmos em consideração às condições sócio-econômicas das mulheres entrevistadas [8].

Quadro I - Ocupação das gestantes entrevistadas em uma UBS do Distrito de Brotas. Salvador, 2008.

Ocupação	Percentual (%)
Dona de casa	22,2
Doméstica	16,7
Estudante	11,1
Atendente	11,1
Autônoma	22,2
Outras	16,7
Total	100

O Gráfico 2 apresenta o perfil das gestantes entrevistadas relacionado à renda pessoal, mostrando que 55% dessas gestantes possuem renda de até um salário mínimo, 28% não possuem renda pessoal e apenas 17% possuem renda pessoal com mais de um salário mínimo.

Gráfico 2 - Renda pessoal das gestantes acompanhadas no pré-natal em uma UBS de Salvador/BA, 2008.



Acesso ao atendimento na UBS

O acesso ao serviço de saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade ao serviço. Diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, tais como: custos, relativos aos gastos diretos e indiretos das usuárias com o serviço, localização, forma de organização e demora a obtenção do atendimento.

Acesso é à distância da Unidade de Saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgência e emergências, respostas obtida para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio [9:29].

Em relação ao acesso à UBS os dados revelaram que 83% das gestantes entrevistadas residem na área de abrangência do Distrito Sanitário de Brotas e apenas 17% não residem em tal localidade. Além disso, 95% das gestantes entrevistadas afirmaram que a localização da unidade é de fácil acesso.

Apesar da maioria das depoentes referirem o fácil acesso a UBS, os dados demonstraram que 55% das entrevistadas necessitam utilizar meio de transporte público (ônibus) para chegar até a UBS. Este meio de transporte depende de investimento para o pagamento das passagens, e levando em consideração a classe social e a remuneração percebida pelas mesmas, este poderia ser um fator que inviabilizaria o comparecimento à consulta do pré-natal.

O ideal seria que essas gestantes tivessem acesso ao serviço do pré-natal mais próximo de suas casas e que a consulta fosse realizada com horário marcado para maior conforto e segurança das mesmas. Para a resolução desse problema sugere-se o agendamento da consulta com o horário marcado, tendo em vista

que o profissional de saúde tem idéia do tempo necessário para cada consulta e do número de pessoas a serem atendidas [5].

Por outro lado, a forma de deslocamento utilizada pelas gestantes é um fator que facilita ou dificulta o seu acesso ao serviço de saúde. Nesse sentido é necessária que se amplie a acessibilidade – geográfica, organizacional e sócio-econômica – de modo a melhorar a qualidade do atendimento, reduzindo as filas, e conseqüentemente, aumentando o respeito para com as usuárias do serviço [7].

No entanto, os dados demonstraram que as usuárias estão dispostas a deslocar-se por serem bem atendidas pelas enfermeiras, considerando tais profissionais competentes para o atendimento, e pela confiabilidade e segurança no serviço. Desse modo, a consulta de enfermagem é trazida pelas gestantes como uma atividade capaz de facilitar uma maior identificação profissional-cliente, podendo-se depreender que a atuação das enfermeiras no pré-natal é vista pelas mulheres como elemento de qualidade na assistência, através do estabelecimento de um tipo de relação interpessoal terapêutica [5].

Opiniões acerca do atendimento pré-natal realizado pela enfermeira

De acordo com as gestantes entrevistadas, 83% consideram-se satisfeitas quanto à consulta de enfermagem realizada no pré-natal. Os relatos abaixo demonstram a satisfação do pré-natal realizado pela enfermeira e evidenciam que as gestantes enfocam a importância de uma avaliação bem detalhada garantindo a saúde e o bem estar do binômio mãe-filho, existindo uma preocupação maior com o desenvolvimento do bebê.

> "O que eu achei mais importante foram os exames que a enfermeira realizava conosco (exame físico) e a avaliação do bebê." (Cristal)
>
> " Eu achei mais importante o cuidado que a enfermeira tem com nós gestantes, aferir pressão, pesagem, medir a barriga." (Estrela)

A participação da enfermeira na consulta à gestante é um fator apontado como importante para a mudança nas relações das mulheres com o serviço de saúde. No decorrer do período pré-natal, o trabalho da enfermeira é de grande relevância, orientando na solução de problemas de saúde e sociais, de acordo com a especificidade de cada mulher, assim como, através da orientação e ensino abrangente em todo o ciclo vital [5].

Sob esse enfoque, as depoentes demonstram reconhecimento e valorização do trabalho da enfermeira na assistência pré-natal, particularmente no que concerne à educação em saúde, orientação e apoio, durante a consulta de enfermagem. As expressões abaixo reproduzem a avaliação das participantes quanto ao profissional enfermeiro:

> "O que acho mais importante é a atenção dada pela enfermeira, ela esclarece nossas dúvidas e nos fala como está o bebê." (Lua).
>
> " O que acho mais importante são as dúvidas esclarecidas e as informações que a enfermeira nos passa sobre toda a gestação." (Sol).

A enfermeira deve desenvolver habilidades voltadas à promoção à saúde, através das ações educativas e terapêuticas em saúde [10], pois essa atividade é preconizada pelo Ministério da Saúde [11] como atividade complementar à consulta do Pré-natal.

Além disso, se faz mister que a gestante expresse naturalmente suas preocupações, angústias, dificuldades e expectativas, afim de que se estabeleça uma relação de confiança com a profissional que irá atendê-la, facilitando assim, a prática educativa e a aceitação das condutas terapêuticas preconizadas dentro e fora dos serviços de saúde [4].

As mulheres entrevistadas retrataram que a forma como a enfermeira realiza sua abordagem durante a consulta é um grande diferencial, pois um bom tratamento é indicativo de retorno ao serviço do pré-natal e entrosamento de ambas as partes, como se pode observar no relato seguinte:

> A enfermeira é uma pessoa aberta e comunicativa e até agora não tenho o que reclamar (Ametista).

Durante a realização do cuidado a enfermeira estabelece relação de vínculo com as usuárias, levando em consideração que, durante os momentos de escuta e interpretações de falas, esse profissional se responsabiliza, junto com a cliente, quanto ao problema a ser enfrentado. Em cada ato de saúde produzido, as enfermeiras estabelecem um relacionamento de troca entre a paciente [12].

Assim, a consulta de enfermagem, no pré-natal, não é um simples procedimento técnico, mas também um rico contexto de relação interpessoal, que proporciona o estabelecimento de uma relação mais próxima e individual marcada pela informalidade e flexibilidade, fazendo com que as clientes se sintam valorizadas e importantes durante a consulta de enfermagem [13].

Quanto ao esclarecimento das dúvidas, os dados mostram que 83% das gestantes entrevistadas afirmam ter suas dúvidas esclarecidas durante o atendimento, 11% referem que continuam confusas e apenas 6% relatam dificuldade em compreender as orientações.

As gestantes do estudo relatam que as enfermeiras utilizam uma linguagem de fácil entendimento e transmitem segurança deixando as mesmas à vontade para os questionamentos. Percebemos que a barreira entre paciente e profissional aos poucos está sendo desfeita, tornando-se um atendimento mais humanizado durante as consultas de pré-natal realizado pela enfermeira.

Cada pessoa é única e possui especificidades distintas, merecendo atenção e respeito por parte de quem à escuta e lhe presta ajuda. A enfermeira deve ter a habilidade para abordar a(o) usuária(o) do serviço, de modo que esta(e) se sinta valorizad(a) o, transmitindo a sensação de que cada ser é importante e personalizando as relações [7].

Por conseguinte, é imprescindível que a comunicação e o relacionamento humano sejam valorizados e empregados como um instrumento básico na assistência, acreditando-se que essa seja uma forma capaz de despertar a sensibilidade, compreender o outro e integrar o trabalho de equipe e, sobretudo, constituir-se como elemento indicativo para a avaliação do atendimento pré-natal.

A conversa é o eixo integrador do cuidado, incluindo não somente o ato do falar, mas de saber ouvir e de trocar informações. É, portanto, um cuidado fundamental que utiliza a linguagem corporal acessível à comunicação, através do tom da voz, da expressão facial, do olhar e do toque, construindo um espaço intersubjetivo que permite a comunicação entre os envolvidos na relação. Dessa forma o diálogo permite que o cliente expresse suas idéias e opiniões, estabelecendo com a equipe uma resposta humana positiva [14].

O atendimento humanizado é indispensável, principalmente nesta fase da vida, pois a gestação é um dos momentos que a mulher vivencia uma gama de sentimentos, surgem dúvidas e ansiedades em relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, dentre outros.

Quanto às questões relacionadas à percepção acerca de sugestões para a melhoria da consulta do pré-natal, identificamos, dentre outros, a necessidade de implementar ações educativas a serem realizadas na UBS.

> "Se as enfermeiras fizessem palestra do pré-natal (...) porque eu mesmo é o primeiro filho toda hora tenho dúvida por isso que a palestra é importante." (Angélica).

Dessa forma, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da UBS, além de estar inserida em todas as atividades, devendo ocorrer em qualquer contato entre profissional de saúde e clientela. Essas ações devem ter o objetivo de levar as gestantes a refletirem sobre a sua saúde, na adoção de práticas para a sua melhoria ou manutenção, além de propiciar orientações quanto a novos hábitos para a solução de seus problemas.

As palestras realizadas no pré-natal podem ser visualizadas como uma atividade de educação em saúde capaz de oferecer à mulher as informações necessárias ao autocuidado, o que implica aos profissionais de saúde esclarecer, educar e conscientizar a população [5].

Vale destacar também que a assistência pré-natal não deve focalizar apenas o biológico, sendo imprescindível organizá-la a partir da necessidade e circunstâncias sociais e ambientais das gestantes, para isso faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para ouvir as queixas das gestantes e esclarecerem suas dúvidas para oportunizar a educação em saúde e, conseqüentemente, fazerem da mulher partícipe de seu estado de saúde [15].

Portanto, as palestras com gestantes poderão ser o cenário de reflexão acerca da condição feminina na sociedade que ampliam a consciência social, valorizam os direitos da mulher, no que se refere à saúde, além de identificar meios para enfrentar as questões vivenciadas no cotidiano, constituindo um palco de educação em saúde e (re)construção da cidadania [4].

Conclusão

Os dados da pesquisa demonstraram que 83% das gestantes entrevistadas afirmaram estar satisfeitas quanto ao atendimento pré-natal realizado pelas enfermeiras. No entanto observamos ser oportuno que a UBS crie um indicador para que se possa avaliar a qualidade da assistência prestada no atendimento pré-natal.

Também foi considerado que a UBS é de fácil acesso, embora os dados tenham demonstrado que 55% das entrevistadas necessitam utilizar meio de transporte público (ônibus) para chegar até a unidade.

As depoentes demonstraram reconhecimento e valorização do trabalho da enfermeira na assistência pré-natal, particularmente no que concerne à educação em saúde, orientação e apóio, durante a consulta de enfermagem. Contudo, as gestantes sentiram a necessidade de implementação de palestras educativas a serem realizadas na UBS.

Assim, é plausível ressaltar a necessidade de redirecionamento da prática profissional quanto ao atendimento prestado à gestante, enfocando elementos como o diálogo franco e disposição para ouvir os medos e ansiedades vivenciadas durante esse período pela mulher, pois estes são de grande importância para a adesão às consultas bem como à qualidade destas.

Entendemos que a assistência pré-natal de qualidade é feita através de um esforço contínuo de todos os envolvidos no processo, dispondo-se de todos os meios existentes no ambiente de trabalho e na comunidade para a facilitação das ações e melhora da satisfação das usuárias, através de um atendimento eficaz, rápido, igualitário e integral.

Referências

1. Ministério da Saúde. Manual Técnico: pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005. 144 p.
2. Brandem PS. Enfermagem materna infantil. 2a.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
3. Coren RJ. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Código de Ética e Legislação mais utilizada no dia a dia da Enfermagem. Rio de Janeiro: COREN; 2000. 87p.
4. Martins CA. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em Goiânia: a (des)institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery; 2001.
5. Rivemales MCC. Atividades da enfermeira no atendimento às gestantes em uma Unidade de Saúde da Família de Salvador/Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia – Escola de Enfermagem; 2004.
6. Minayo MCS .O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco; 2000.
7. Rivemales MCC, Almeida GMM, Queiroz MA [periódico na internet]. The use of condoms by women at a family's planning program from Salvador City, Bahia. Rev Enferm UFPE On Line 2009;1(1):50-7.
8. Pinto LF, Malafaia MF, Borges JA, Baccaro A, Soranz DR. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. Ciênc Saúde Coletiva 2005;(5):205-213.
9. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2003;29 (1):27-34.
10. Maciel ICF, Araújo TL. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. Rev Latinoam Enfermagem 2003;2(11):207-14.
11. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/Ministério da Saúde. 2000. 56p.
12. Friedrich DBC, Sena RR. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora-MG. Rev Latinoam Enfermagem 2002; 6(10):772-79.
13. Silva MGA. Consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(1):27-31.
14. Alvim NAT, Barcelos LMS. Conversa: um cuidado fundamental da enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. Rev Bras Enfermagem 2003;56(3):236-41.
15. Armond JE. Reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação e saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2007;12(2):477-86.

Relato de caso

Implementação do processo de enfermagem: estudo de caso numa Unidade de Terapia Intensiva

Wesley Gondim Barros*, Oleci Pereira Frota*, Adriano Menis Ferreira, D.Sc.**

**Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campos de Três Lagoas/MS, **Enfermeiro, Professor Adjunto da disciplina de Enfermagem na Assistência de Alta Complexidade do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Pós-Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP*

Resumo

Estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, objetivando implementar o processo de enfermagem para uma cliente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), baseado na teoria de Wanda Horta. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento previamente validado na literatura, específico para pacientes hospitalizados em UTI. Os diagnósticos de enfermagem foram identificados segundo a taxonomia II da NANDA, foram traçadas metas e objetivos, bem como elaboradas as intervenções de enfermagem segundo a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem - NIC. Os principais diagnósticos identificados foram: desobstrução ineficaz de vias aéreas, perfusão tissular ineficaz (periférica), integridade da pele prejudicada, volume excessivo de líquido, risco de desequilíbrio na temperatura corporal, risco de infecção e integridade tissular prejudicada. Os resultados evidenciaram a importância do Processo de Enfermagem como mola mestra na prestação de cuidados frente ao cliente de alta complexidade.

Palavras-chave: enfermagem, unidades de terapia intensiva, cuidados de enfermagem.

Abstract

Implementation of the nursing process: case study in an Intensive Care Unit

This descriptive case study, with qualitative design, aimed to implement the nursing process to a client in an Intensive Care Unit (ICU), based on Wanda Horta's theory. An ICU-specific instrument, previously validated in the literature, was used for data collection. Nursing diagnoses were identified according to NANDA II taxonomy. The Nursing Interventions Classification (NIC) was used to outline the targets and aims of the study, as well as to develop the nursing interventions. The main diagnoses identified were: ineffective airway clearance, ineffective peripheral tissue perfusion, impaired skin integrity, excess fluid volume, risk for imbalanced body temperature, risk for infection and impaired tissue integrity. Results evidenced the importance of the nursing process as the driving force in the delivery of care to high complexity clients.

Key-words: nursing, intensive care units, nursing care.

Artigo recebido em 13 de maio de 2009; aceito em 20 de julho de 2009.

Endereço para correspondência: Adriano Menis Ferreira, Av. Ranulpho Marques Leal, 3220 Distrito Industrial 79610-100 Três Lagoas MS, Tel: (67) 3509-3772, E-mail: adriano@ceul.ufms.br

Resumen

Implementación del proceso de enfermería: estudio de caso en una Unidad de Terapia Intensiva

Este estudio de caso descriptivo de carácter cualitativo, tuvo como objetivo implementar el proceso de enfermería para una cliente en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), basado en la teoría de Wanda Horta. Un instrumento previamente validado en la literatura, específico para pacientes hospitalizados en UTI, fue utilizado para recolectar los datos. Los diagnósticos de enfermería fueron identificados según la taxonomía II de la NANDA. La Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC) fue utilizada para delinear las metas y objetivos, así como para elaborar las intervenciones de enfermería. Los principales diagnósticos identificados fueron: limpieza ineficaz de vías aéreas, perfusión tisular periférica ineficaz, alteración de la integridad cutánea, exceso de volumen de líquidos, riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, riesgo de infección y deterioro de la integridad tisular. Los resultados evidenciaron la importancia del proceso de enfermería como la fuerza guía en la prestación de cuidados al cliente de alta complexidad.

Palabras-clave: Enfermería, unidades de terapia intensiva, atención de enfermería.

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são as unidades mais complexas e mecanizadas dentro de um arsenal hospitalar. Apresentam características intrínsecas próprias, como: a convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco, a priorização dos aspectos técnico-biológicos na manutenção da vida, a constante presença de morte, o enfrentamento emocional não só dos anseios do enfermo e sua família, como também da equipe multiprofissional, a rapidez, eficiência e habilidade na triagem e no atendimento as situações adversas, dentre outras [1-3]. Tais características tornam a UTI totalmente diferente das outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente domiciliar do sujeito e seus familiares [3].

A enfermagem se desenvolve nesse conturbado cenário de diversos equipamentos, desconforto, impessoalidade, dependência de tecnologia e isolamento social. Além disso, a assistência ainda é centrada na doença, nos sinais e sintomas e nos procedimentos, seguindo o padrão biomédico, isto é, o cliente é visto como o "hipertenso do leito seis" [3,4]. Dessa forma, observa-se um abismo holístico e humanístico entre o profissional e seu cliente, levando a crer que este não passa de uma máquina biológica que precisa apenas de reparos orgânicos.

Contudo, o cuidado de enfermagem deve-se basear nos modelos humanísticos, holísticos e relacionais, não se restringindo apenas na ação da técnica no sentido de fazer, de executar um procedimento. Sendo assim, se o enfermeiro, durante a sua assistência não valorizar, ou até mesmo, desconsiderar esses modelos, predominará a tecnologia e o tecnicismo, desprovido, na maioria das vezes, dos sentimentos dos doentes e de seus familiares [3].

A ciência e a arte da Enfermagem estão amparadas numa ampla estrutura teórica. O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia que tem por finalidade coordenar, planejar, direcionar e sistematizar as atividades de enfermagem, bem como aplicar essa estrutura à prática profissional. A pioneira deste no Brasil foi a Drª. Wanda de Aguiar Horta, propondo uma metodologia assistencial baseada no método científico, como estrutura de organização e sistematização da assistência, ao publicar em 1979 o livro intitulado "*O Processo de Enfermagem*", modelo fundamentado na teoria de Maslow das Necessidades Humanas Básicas (NHB) [2,4,5].

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um modelo metodológico de fundamental importância para a prática científica da profissão [6]. Através de suas etapas (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) o enfermeiro tem a oportunidade de elevar sua função, mediante uma atenção centrada no cliente e nas suas necessidades vigentes.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi implementar a metodologia da SAE em uma cliente hospitalizada numa UTI, baseada na Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta, para a operacionalização do Processo de Enfermagem.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, realizado numa Unidade de Terapia Intensiva Geral, de um Hospital Filantrópico do interior sul mato-

grossense, que dispunha de 9 leitos. A cliente foi escolhida de forma aleatória, apresentando os diagnósticos médicos de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Pneumonia e Diabetes *Mellitus*. Utilizou-se o processo de enfermagem norteado e adaptado à teoria das NHB de Wanda Horta.

Os dados foram coletados detalhadamente durante a hospitalização, através de um instrumento de coleta de dados específico para UTI, semi-estruturado, previamente validado na literatura [7], que cotinha dados de identificação, exames laboratoriais, hábitos de vida, história da admissão, exame físico dentre outros, além dos mais diversos questionamentos acerca das Necessidades Humanas Básicas. Ainda, para subsidiar a pesquisa, foram utilizadas informações contidas no prontuário da cliente, corroboradas por exames laboratoriais complementares e intercorrências durante o período de internação.

Na fase posterior da pesquisa foram analisadas as informações coletadas. Os diagnósticos de enfermagem (DE) foram nomeados, utilizando-se as etapas do processo de raciocínio diagnóstico de Risner [8] tais como: categorização dos dados, identificação das lacunas, agrupamento dos dados relevantes afins, comparação dos agrupamentos com conceitos, padrões e/ou normas, inferência, relação de fatores etiológicos e identificação dos principais DE, propriamente ditos, segundo a Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* NANDA [9] de 2007/2008, como também a experiência e o conhecimento dos autores pertinentes a SAE. Após o reconhecimento dos principais diagnósticos de enfermagem, foram elaboradas as respectivas intervenções, utilizando como base a Classificação Internacional das Intervenções de Enfermagem – NIC [10].

Resultados

*Histórico de enfermagem***:** Mulher, 76 anos, brasileira, mulata, viúva, católica, natural de Três Lagoas, aposentada, 94 kg, 1,66 m de altura, IMC 34, com diagnóstico médico de DPOC, pneumonia, diabetes *mellitus* tipo 2 e suspeita de doença renal aguda. Oriunda da clínica médica feminina e admitida no serviço em 10/11/2008 por conta de choque circulatório, sendo infundido nesta intercorrência volume excessivo de líquidos, o que levou a um ganho hídrico de 5179 ml e perda de 500 ml nas últimas 24 horas. Encontra-se entubada, sedada, inconsciente, não respondendo aos estímulos verbais e dolorosos, com escalas de coma de Glasgow 3 e de sedação de Ramsay 6. Não foi possível coletar informações mais aprofundadas por conta da sedação.

*Exame físico***:** Bom estado de higiene geral, cianose de extremidades**,** estado febril, anasarca, hipocorada e pupilas isocóricas. Em ventilação mecânica assistida controlada, expansibilidade torácica simétrica, saturação de O_2 98%, som claro pulmonar à percussão, murmúrios vesiculares diminuídos bilateralmente na região de base pulmonar, presença de sibilos e estertores crepitantes. Normotensa, taquicárdica (102 bpm), mantém monitorização eletrocardiográfica, ausculta revela bulhas cardíacas normofonéticas 2 tempos sem sopro e perfusão tissular maior que 2 segundos. Apresenta abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos hiperativos do tipo gargarejo, principalmente, na alça descendente do cólon e vísceras não palpáveis. Mantém acesso venoso periférico em MSE, com sinais flogísticos de infecção, recebendo medicação sedativa (Dormonid e Fentanil) e alimentação parenteral, ambos em bomba de infusão, além de solução fisiológica de Ringer lactato; SNE e SV de demora em sistema fechado, apresentando oligúria. Presença de flebotomia em MSE. Dados laboratoriais: uréia 6,8 mg/dl, sódio 149 meq/dl, potássio 22 meq/dl, magnésio 2,6 meq/dl, hematócrito 26,8%, hemoglobina 7,4 g/dl, eritrócito 3,75 milhões/mm^3, leucograma de linfócito em 3%, albumina 2,6 g/dl e glicemia capilar de 219 mg/dl. Dados gasométricos arteriais: pH = 7,572; PCO_2 = 36,8 mmHg; HCO_3 = 33,2 mmHg; BE 10,4 mMol/l; saturação de O_2 = 98%. SSVV: T:37,3°C, P:102 bpm, FR:14 mrpm, PA: 110x80mmHg, dor não pôde ser avaliada.

Diagnósticos de enfermagem: Após avaliação criteriosa dos dados, foram seguidos os passos do raciocínio diagnóstico de Risner e identificado 7 diagnósticos de enfermagem (DE) principais, bem como suas respectivas metas, objetivos e atividades de enfermagem.

DE: *Desobstrução ineficaz de vias aéreas, relacionada à presença de via aérea artificial e secreções retidas, evidenciada por ruídos adventícios respiratórios.*
Meta: Melhorar a permeabilidade das vias aéreas.
Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora na permeabilidade das vias aéreas em 2 horas.
Atividades: Oferecer umidificação a 100% do gás/ar inspirado; aspirar à orofaringe e as secreções da parte superior do balonete do tubo antes de desinsuflá-lo

e depois de aspirar a traquéia; auscultar a presença de sons pulmonares bilateralmente após a troca da fixação do tubo endotraqueal.

DE: *Perfusão tissular ineficaz (periférica), relacionada a transporte prejudicado de O_2 (diminuição de hemoglobina e eritrócitos), evidenciada por tempo de reenchimento capilar maior que 3 segundos.*
Meta: Melhorar a oxigenação tissular.
Objetivo: O cliente deverá melhorar a oxigenação tissular.
Atividades: Manter desobstruídas as vias aéreas; monitorar o fluxo de litros de oxigênio; monitorar a eficácia de terapia com oxigênio (oximetria de pulso, gasometria artéria); monitorar os sinais vitais.

DE: *Integridade da pele prejudicada, relacionada à circulação alterada, excesso de líquidos, obesidade e mobilidade física prejudicada, evidenciada por tecido lesado (pele e tecido subcutâneo da região sacral).*
Meta: Restabelecer a integridade da pele.
Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora da lesão cutânea.
Atividades: Monitorar o estado da pele diariamente; remover a umidade excessiva da pele resultante da transpiração e excesso de fezes; alterar a posição do paciente a cada 1 ou 2 horas; mudar a posição do paciente com cuidado (p.ex. evitar atrito), para prevenir lesões à pele fragilizada; manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas; examinar diariamente a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar o paciente.

DE: *Volume excessivo de líquido, relacionado a os mecanismos reguladores comprometidos (renal), evidenciados por anasarca, azotenia (uréia 6,8 mg/dl), eletrólitos alterados (sódio 149 meq/dl, potássio 22 meq/dl, magnésio 2,6 meq/dl) e oligúria.*
Meta: Controlar a hipervolemia.
Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora da volemia.
Atividades: Monitorar a função renal (níveis de uréia e creatinina); monitorar cor, quantidade, gravidade específica da diurese; monitorar a ingestão e eliminação; monitorar os sinais vitais; monitorar alterações no edema periférico; monitorar os resultados laboratoriais relevantes à retenção de líquidos (aumento ou redução dos níveis de hematócrito e aumento de níveis de osmolaridade urinária); monitorar os níveis de potássio após diurese.

DE: *Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, relacionado à sedação.*
Meta: Manter o equilíbrio da temperatura corporal.
Objetivo: O cliente deverá permanecer dentro dos parâmetros normotérmicos.
Atividades: Determinar a condição da pele e identificar quaisquer alterações que requeiram uma mudança no procedimento ou constituam contra-indicações à estimulação; verificar a temperatura da aplicação, especialmente quando utilizar calor; cronometrar com cuidado todas as aplicações; avaliar a condição geral, a segurança e o conforto durante o tratamento; avaliar e documentar a resposta à aplicação de calor/frio.

DE: *Risco de infecção, relacionado a procedimentos invasivos (AVP, SVD, TOT), destruição de tecidos (flebotomia) e defesas secundárias inadequadas (leucopenia linfocitária).*
Meta: Ausência de infecções.
Objetivo: O cliente deverá se expor o mínimo quanto ao risco de infecção.
Atividades: Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; examinar todos os visitantes quanto à presença de doença transmissível; manter assepsia; providenciar cuidado adequado à pele em áreas edemaciadas; examinar as condições da flebotomia; comunicar infecções suspeitas à equipe do controle de infecções; comunicar culturas positivas à equipe de controle de infecção.

DE: *Integridade tissular prejudicada, relacionada a fatores mecânicos (forças abrasivas do tubo orotraqueal), evidenciada por destruição de camadas da pele e mucosa oral.*
Meta: Cessar a tração abrasiva do tubo orotraqueal.
Objetivo: O cliente deverá apresentar melhora na lesão oral em 3 dias.
Atividades: Evitar aplicar pressão na lesão oral durante manipulação; monitorar possível contato entre o tubo, mucosa e pele oral e trocar fixação diariamente ou quando apresentar sujidade.

Conclusão

Acreditamos que essa pesquisa foi de grande relevância para relembrar os conhecimentos pertinentes ao Processo de Enfermagem adquiridos durante a graduação. É importante ressaltar que

as atividades de enfermagem citadas nesse estudo não devem ser entendidas como assistência única desta questão, mas sim uma possibilidade em ser empregada nos mais diversos clientes internados em UTIs.

O referido estudo evidenciou a importância do Processo de Enfermagem como norteador para assistir o cliente na sua totalidade, porém, em virtude da sedação não foi possível obter maiores informações acerca dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Conseqüentemente, os problemas concernentes a esses aspectos não foram elucidados, logo, os diagnósticos de enfermagem, bem como suas respectivas intervenções foram relativamente direcionados para a assistência no âmbito biológico.

Dessa forma, diante dos dados obtidos nesse estudo de caso, os autores chamam a atenção das equipes multidisciplinares das Unidades de Terapia Intensiva, no que diz respeito à importância de se anotar nos registros informações relevantes aos mais diversos aspectos referentes ao cliente, a fim de proporcionar melhores condições de trabalho para Enfermagem e demais profissões.

Referências

1. Martins JJ, Nascimento ERP. A tecnologia e a organização do trabalho da Enfermagem em UTI. Arquivos Catarinenses de Medicina 2005;34(4):23-7.
2. Salomé GM, Espósito VHC, Silva GTR. The nursing professional in an Intensive Therapy Unit. Acta Paul Enferm 2008;21(2):294-9.
3. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(2):250-7.
4. Silva TG, Madureira VSF, Trentini M. Processo de ensino-aprendizagem para implementação do diagnóstico de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Cogitare Enferm 2007;12(3):279-86.
5. Wysochi AD, Freschi MS, Cesarino CB. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: estudo de caso de acordo com a teoria de Autocuidado de Orem. Arq Ciênc Saúde 2008;15(1):38-42.
6. Brandão VZ, Soler ZASG. Implementação do processo de enfermagem para um cliente com fixador externo Ilizarov: estudo de caso. Arq Ciênc Saúde 2006;13(3):61-4.
7. Bittar DB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao cliente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto Contexto Enfermagem 2006;15(4):617-28.
8. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith K, Cristensen PJ. Nursing Process: application of theories frameworks and models. 2nd ed. Saint Louis: Mosby; 1986.
9. North American Nursing Diagnoses Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem: definições e classificação 2008-2009. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
10. McCloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2009;8(4)

Revisão

Fadiga relacionada ao trabalho de parto: uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem

Roseléia Maia Santana*, Mariana Torreglosa Ruiz, M.Sc.**, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler, D.Sc.***

**Enfermeira, Aluna do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), **Enfermeira obstétrica, Universidade de São Paulo (EERP-USP), ***Obstetriz, livre-docente em Enfermagem, docente e orientadora da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Coordenadora Geral da Especialização em Enfermagem Obstétrica - FAMERP*

Resumo

A fadiga é um fenômeno definido como uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental. É um dos sintomas mais comuns e vivenciados em algum momento na vida das pessoas, porém trata-se de uma queixa subjetiva e multicausal. Desta forma, realizamos revisão da literatura sobre: trabalho de parto, período expulsivo; fadiga e fadiga no ciclo gravídico puerperal. Verificamos que a fadiga é um sintoma comum durante todo o ciclo gravídico-puerperal, atribuído à manifestações fisiológicas da gestação. Entretanto, o sintoma deve ser investigado para descartar causas patológicas. Por fim, propomos a utilização do diagnóstico de enfermagem *"fadiga"* tal como suas medidas de prevenção e intervenção, durante a assistência ao trabalho de parto. Ressaltamos a escassez de estudos na literatura que abordem o tema, assim como a ausência de estudos que apontem e justifiquem a fadiga no trabalho de parto, o que se mostra freqüente na observação clínica das parturientes. Desta forma, fica clara a necessidade de realização de estudos sobre a temática em questão.

Palavras-chave: fadiga, trabalho de parto, cuidados de enfermagem.

Abstract

Fatigue related to obstetric labor: a proposal of systematization of the nursing assistance

Fatigue is a phenomenon defined as an oppressive and sustained feeling of exhaustion and decreased capacity to perform physical and mental work. It is one of the most common symptoms experienced by everybody in his life, but it is a subjective and multicausal complaint. Thus, we review the literature on: labor, expulsive period; fatigue, fatigue during pregnancy and childbirth. Was found that fatigue is a common symptom during the entire pregnancy and postpartum period, attributed to the physiological events of pregnancy. However, the symptom should be investigated to rule out pathological causes. Finally,

Artigo recebido em 27 de abril de 2009; aceito em 20 de julho de 2009.
Endereço para correspondência: Mariana Torreglosa Ruiz, Rua Borba Gato, 416 Jardim Paulista 15060-180 São José do Rio Preto SP, E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

we propose the use of nursing diagnosis of "fatigue" as its measures of prevention and intervention, during labor assistance. We emphasize the lack of studies in the literature as well as the absence of studies that point for fatigue in labor, which is frequently shown in the clinical observation of the parturient. Thus, we need more studies on this subject.

Key-words: fatigue, labor, nursing care.

Resumen

La fatiga relacionada con el trabajo del parto: una proposición de sistematización de la atención de enfermería

La fatiga es un fenómeno existente desde la antigüedad, que se define como una sensación de agotamiento y disminución de la capacidad para realizar trabajo físico y mental. Es uno de los síntomas más comunes que las personas padecen en algún momento de la vida, pero es una queja subjetiva y multicausal. Por lo tanto, realizamos una revisión de literatura sobre: trabajo de parto, período expulsivo; fatiga y fatiga durante el ciclo gravídico-puerperal. Verificamos que la fatiga es un síntoma común durante todo el embarazo y el parto, que se atribuye a los eventos fisiológicos del embarazo. Sin embargo, el síntoma debe ser investigado para descartar causas patológicas. Por último, proponemos la utilización del diagnóstico de enfermería "fatiga" así como sus medidas de prevención e intervención, durante la asistencia al trabajo de parto. Hacemos hincapié en la falta de estudios en la literatura que tratan el tema, así como la ausencia de estudios que apunten y justifiquen la fatiga en el trabajo de parto, la cual se muestra frecuente en la observación clínica de las parturientas. Por lo tanto, es evidente la necesidad de estudios sobre el tema en cuestión.

Palabras-clave: fatiga, trabajo de parto, atención de enfermería.

Introdução

Sistematização da assistência de enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é um procedimento organizado e cientifico que contribui para orientar a prática profissional. Tem como prioridade atender às necessidades humanas básicas de cada indivíduo, sendo que sua característica principal é a avaliação sistemática dos cuidados de enfermagem.

O processo de sistematização consiste nas seguintes fases: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento do cuidado, implementação do cuidado e avaliação dos resultados obtidos.

O levantamento de dados visa a identificação de sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo. Após essa fase, elaboram-se diagnósticos de enfermagem, que se constituem em julgamentos clínicos das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais e potenciais e aos processos vitais, fornecendo a base para a seleção das intervenções de enfermagem, buscando atingir os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. O planejamento do cuidado determina a assistência que será prestada ao paciente de acordo com suas necessidades identificadas; a implementação dos cuidados de enfermagem trata da execução do cuidado planejado ao paciente. Por fim, a avaliação dos resultados obtidos consiste na análise diária das ações implementadas com suas devidas correções e adaptações [1,2].

Origem histórica dos diagnósticos de enfermagem

O termo diagnóstico de enfermagem teve sua origem na década de 50, porém, somente na década seguinte, Faye Abdellah apresentou um sistema de classificação para identificação de 21 problemas de enfermagem [3].

A partir daí, iniciou-se um processo de desenvolvimento de classificações e taxonomias para a enfermagem. Durante os anos de 1980 ampliou-se a discussão sobre a etapa do diagnóstico de enfermagem, bem como o interesse por sua utilização. Os sistemas de classificação existentes foram sendo ampliados, e incorporaram outros termos considerados específicos na prática de enfermagem.

Em 1987, o Grupo Norte-Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem ofi-

cialmente se tornou a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA), abrindo às conferências para a participação da comunidade científica da enfermagem [4]. A enfermagem brasileira teve sua primeira participação a partir da 8ª Conferência, realizada em 1989 [5].

Em 2005, foi publicada uma nova edição dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, constituída de 13 domínios, 46 classes, 167 diagnósticos e sete eixos. Cada domínio é composto por classes, cada classe é composta por diagnósticos. Um eixo tem o propósito de dimensionar e especificar melhor a resposta humana em questão, ou seja, tem como objetivo de compor o enunciado do diagnóstico de enfermagem especificando com fidedignidade as situações clínicas.

Destacamos que a sistematização da assistência de enfermagem é de fundamental importância no trabalho de parto, uma vez que o enfermeiro obstetra tem possibilidade de analisar e avaliar fatores de risco aos quais a parturiente possa estar exposta e posteriormente tomar decisões acerca do problema identificado**.**

Desenvolvimento

Buscamos através da revisão da literatura abordar e discutir os seguintes temas abaixo descritos: trabalho de parto e parto; período expulsivo do trabalho de parto; fadiga e fadiga no ciclo gravídico-puerperal.

Trabalho de parto e parto

O parto é uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher. Para Lebovici, o parto é considerado um momento crucial na vida da mulher, por inúmeras razões. Em primeiro lugar, é o momento em que mãe e bebê vão, finalmente, poder se encontrar frente a frente, também é o momento de se deparar com um produto seu, do seu corpo, que mostrará para o mundo sua capacidade ou incapacidade feminina de gerar uma criança [6].

A experiência de dar à luz é tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebê serão lembrados nos mínimos detalhes [7]. A dor, a ansiedade, o medo são vivenciados por elas de maneira única, e cada uma sente-os em momentos diferentes.

As conversas sobre o parto, entre mulheres próximas e mulheres da família, são transmitidas de geração a geração, associando o trabalho de parto geralmente à experiência dolorosa desencadeando sentimento de medo e ansiedade nas gestantes, que podem dificultar o trabalho de parto posteriormente.

Assim, a dor é vista pela mulher como essencial no processo parturitivo e, ao descrever sua evolução e o comportamento assumido, mostra sentir-se em perigo, ameaçada, porque revela medo diante do desconforto provocado pela dor.

As parturientes acreditam que esse desconforto possa ser superado através de resistência física, e roga pelo parto como um evento que possibilitará o término de seu sofrimento. Desse modo, as dores no momento da expulsão terminam aceitas como o fim da parturição, ou seja, o nascimento de seu filho [8].

Acreditamos que dentre todas as mudanças psicológicas, emocionais e físicas desencadeadas pelo trabalho de parto em curto espaço de tempo, a fadiga tem um papel muito importante, merecendo ser alvo de estudos, a fim de melhor detecção e maiores intervenções no cuidado.

Período expulsivo

Classicamente, o parto é dividido em quatro períodos clínicos: período de dilatação (primeiro período do parto); período expulsivo (segundo período); dequitação (terceiro período) e período de Greenberg ou puerpério imediato (quarto período) [9-12].

O período expulsivo inicia-se com dilatação completa da cérvix (10 cm) e termina com a expulsão do feto. Clinicamente, a parturiente passa por 3 fases neste período, abaixo descritas [10,11]:

- 1ª Fase – fase latente: período de repouso; parturiente encontra-se relativamente calma e propensa a receber orientações; relaxa no período entre as contrações.

- 2ª Fase – descida fetal e reflexo de Ferguson (puxos): liberação de ocitocina na hipófise posterior que provoca contrações mais fortes; durante as contrações uterinas, o ânus ao se distender, provoca uma sensação defecatória, exercendo assim os puxos, que se trata de contrações involuntárias da musculatura no sentido de expelir o feto.

- 3ª Fase – fase de transição: apresentação fetal encontra-se no períneo; dor perineal causada pela pressão da apresentação e distensão da musculatura do períneo. Nesse momento as parturientes relatam sentir muita dor, medo, exaustão e cansaço, dificultando ações e orientações.

A dor perineal do período expulsivo provém do estiramento dos tecidos perineais para permitir a passagem do feto e da tração sobre o peritônio e sobre os ligamentos uterocervicais durante as contrações. Também pode ser provocada pelas forças de expulsão ou pela pressão provocada pela apresentação fetal sobre a bexiga, intestinos e outras estruturas pélvicas sensíveis [13-15].

Segundo Rezende, o medo do parto determina forte tensão, e a tensão persistente e excessiva da musculatura uterina impede o completo relaxamento entre as contrações. Essa desarmonia faz do parto um processo doloroso e prolongado, levando ao cansaço e esgotamento da mulher [11].

Fadiga

Segundo NANDA, fadiga é definida como uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual [16]. Contudo ainda não existe na literatura consenso sobre a definição do termo fadiga, sendo encontrado informações tal como pesquisas escassas sobre o tema em questão [17].

Entretanto, a fadiga é um fenômeno relatado desde a antiguidade. O termo é derivado do latim '*fatigãre*', e encontra-se descrito na Bíblia relacionando-o a sofrimento por causas físicas (trabalho excessivo) ou mentais (sentimento de culpa) [8].

A fadiga ou excesso de cansaço representa um dos sintomas mais comuns e freqüentemente vivenciados em algum momento na vida das pessoas [18,19]. Entretanto, as pessoas não procuram o serviço de saúde pela simples presença do sintoma isolado, mas a fadiga, geralmente aparece secundariamente na fala de pessoas com problemas de saúde [17]. Trata-se de um fenômeno subjetivo, multicausal, que envolve aspectos tanto de ordem física quanto emocional [19].

Existe uma forte relação entre aspectos psicológicos e presença de fadiga [18], porém dentre os fatores multicausais da fadiga destacamos abaixo [17]:

- Causas relacionadas a hábitos: uso de álcool e/ou drogas ilícitas; privação do sono; excesso de trabalho; sedentarismo; hábitos alimentares inadequados (dieta não adequada);

- Causas sociais: excesso de trabalho ou desemprego; situações de estresse;

- Causas psicológicas: ansiedade; depressão; síndrome do estresse pós-traumático; desordens do sono;

- Causas físicas: uso de medicações (por exemplo, anti-hipertensivos); processos infecciosos (exemplo: infecção pelo vírus Epstein-Barr); anemia; insuficiência cardíaca; doenças crônicas debilitantes; neoplasias; hipotireioidismo; fibromialgia; sintomas de fadiga crônica sem causa esclarecida (persistente por mais de 6 meses)

- Causas desconhecidas.

Apesar de ser um sintoma subjetivo, destaca-se que a fadiga deve ser investigada e o profissional de saúde deve sempre acreditar no sintoma relatado e não simplesmente questionar ou minorizar sua existência [17].

Fadiga no ciclo gravídico-puerperal

Verificamos a partir da revisão da literatura que o diagnóstico de enfermagem fadiga está presente durante o trabalho de parto, mas não se manifesta apenas nas parturientes está presente na maioria das vezes em gestantes e puérperas.

Dentre os resultados encontrados, verificamos que entre 62 a 73% das gestantes apresentam o diagnóstico [19,20]. As características definidoras mais citadas foram: aumento de queixas físicas; sonolência mesmo que em ambientes barulhentos; cansaço. Dentre os fatores relacionados foram encontrados em ordem de freqüência: sedentarismo; ansiedade e anemia [19]. Ainda encontramos o diagnóstico fadiga implícito na queixa de fraqueza relatada pelas mulheres durante consultas/atendimentos [21,22].

Os autores atribuem a presença da fadiga relacionada ao aumento do volume abdominal secundário ao aumento do volume e estiramento do útero gravídico, levando à dificuldade, tal como paralelamente a ansiedade no terceiro trimestre gestacional, causando cansaço freqüente e conseqüente

diminuição da energia [20], sendo resultado de um processo de adaptação gravídico.

Entretanto faz-se necessário diferenciar sinais e sintomas das adaptações gravídicas dos sinais e sintomas clínicos de anemia. A anemia caracteriza-se pela presença de palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, taquipnéia, cansaço a esforços maiores ou menores dependentes do grau da doença, entre outros. Os autores recomendam realizar análise laboratorial para elucidação diagnóstica na vigência da queixa [23].

Embora, reconheçamos com freqüência, o sintoma fadiga durante o trabalho de parto, não encontramos nenhum trabalho na literatura sobre o tema em questão.

Discussão

A partir do levantamento obtido a partir da revisão da literatura, propomos o reconhecimento e a utilização do diagnóstico de enfermagem: "*Fadiga relacionada ao esforço físico aumentado secundária ao período expulsivo do trabalho de parto evidenciada por: aumento da necessidade de repouso; cansaço; verbalização de falta de energia; desatenção; letargia; introspecção; concentração comprometida"* na prática clínica.

Acreditamos que a elaboração e utilização do diagnóstico de enfermagem proposto seja uma ferramenta eficaz para nortear as ações preventivas no sentido de proporcionar conforto e apoio às parturientes, promovendo uma assistência de enfermagem humanizada.

Conclusão

A fadiga é uma queixa freqüentemente encontrada na população em geral, porém é uma queixa subjetiva e multicausal. A fadiga presente no ciclo gravídico-puerperal se deve principalmente às adaptações gestacionais, porém deve ser investigada cuidadosamente. Desta forma, realizamos uma revisão bibliográfica acerca do tema e propomos a adoção do diagnóstico de enfermagem *"fadiga"* tal como suas medidas de prevenção e intervenção, durante a assistência ao trabalho de parto. Ressaltamos a escassez de estudos na literatura que abordem o tema, assim como a ausência de estudos que apontem e justifiquem a fadiga no trabalho de parto, o que se mostra freqüente na observação clínica das parturientes. Desta forma, fica clara a necessidade de realização de estudos sobre a temática em questão.

Referências

1. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária da Universidade de São Paulo; 1979.
2. Lacava RMVB, Barros SMO. Diagnósticos de enfermagem na assistência às gestantes. Acta Paul Enferm 2004;17(1):9-17.
3. Abdellah FG, Beland I, Martin A, Matheney RV. Patient-centered approaches in nursing. New York: McMillan; 1960.
4. Gordon M. Clinical diagnosis in health professions. Nursing diagnosis – process and application. 2 ed. New York: McGraw-Hill; 1987. p.7-10.
5. Melo AS. Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.
6. Lebovici S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
7. Kitzinger S. A experiência de dar à luz. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
8. Simões SMF. O ser parturiente: um enfoque vivencial. Niterói: UFF; 1998.
9. Neme B. Obstetrícia básica. 2a ed. São Paulo: Sarvier, 2000.
10. Soler ZASG. Estudo do quarto período do parto: uma proposta de assistência sistematizada de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1993.
11. Rezende J. Obstetrícia. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
12. Ruiz MT, Soler ZASG. Características do atendimento da equipe obstétrica à mulher durante o quarto período do parto em um hospital geral de ensino. Enfermagem Brasil; 2007;6(4):248-55.
13. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem maternal. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
14. Lowe NK. The nature and management of labor pain: peer-reviewed papers from an evidence-based symposium. Am J Obstet Gynecol 2002;186(5): S1-15.
15. Mamede FV, Almeida AM, Souza L, Mamede MV. Pain during the labor active phase: the effect of walking. Rev Latinoam Enfermagem 2007;15(6):1157-62.
16. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005- 2006. Porto Alegre: Artemed; 2006.
17. Mota DDCF, Cruz DALM, Pimenta CAM. Fadiga: uma análise do conceito. Acta Paul Enferm 2005;18(3):285-93.
18. Murtagh J. Fatigue – a general diagnostic approach. Aust Fam Phys 2003,32(11):873-6.
19. Dick ML, Sundin J. Psychological and psychiatric causes of fatigue – assessment and management. Aust Fam Phys 2003;32(11):877-81.

20. Alves VM, Moura ZA; Palmeira ILT; Lopes MVO. Estudo do diagnóstico de enfermagem fadiga em gestantes atendidas numa unidade básica de atenção à saúde. Acta Paul Enferm 2006;19(1):70-5.
21. Alvim DAB, Bassoto TRP, Marques GM. Sistematização da assistência de enfermagem à gestantes de baixo risco. Rev Meio Amb Saúde 2007;2(1):258-72.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
23. Duarte G, Cunha SP, Mauad Filho F, Nogueira AA, Berezowski AT, Rodrigues R. Protocolos de condutas em gestação de alto risco. Ribeirão Preto: Funpec; 2003.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2009;8(4)

Revisão

Acolhimento de enfermagem a mulher portadora de endometriose: repensando o cuidado a partir do agir profissional

Ana Paula da C. Machado Silva*, Antonio H. Rosa Vasconcelos**

**Enfermeira, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (UNIFESO), **Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (UNIFESO)*

Resumo

O presente estudo objetiva compreender o significado do acolhimento à mulher portadora de endometriose. O estudo foi realizado entre março/maio de 2008. Trata-se de um estudo no qual foi utilizado uma revisão sistemática da literatura e banco de dados, sendo possível demonstrar a importância do acolhimento à mulher portadora de endometriose. Esse tipo de pesquisa é construído a partir da seleção de vários estudos que pesquisam o mesmo fenômeno. Destacaram-se os seguintes pontos: acolhimento durante a consulta de enfermagem e etapas propostas de acolhimento à mulher com endometriose. Os estudos demonstram como é difícil conviver com a endometriose, uma doença que acomete a mulher moderna. Reforça-se a importância de perceber cada pessoa como um ser único, singular, apresentando a sua maneira peculiar de conviver com a situação da doença.

Palavras-chave: acolhimento, endometriose, Enfermagem.

Abstract

Receptiveness of nursing staff to the women with endometriosis: rethinking professional care

This study aims to understand the meaning of caring a woman with endometriosis. The study was conducted from March to May 2008. It is a systematic review of literature and database, which shows the importance of caring a woman with endometriosis. This research was built after selecting several studies related to the same phenomenon. The following points are pointed out: caring during consultation and proposed steps to care the woman with endometriosis. Studies show how difficult is to live with endometriosis, a disease that affects the modern woman. It reinforces the importance of understanding the peculiar way each person experience her disease.

Key-words: user embracement, endometriosis, Nursing.

Artigo recebido em 4 de agosto de 2008; aceito em 20 de julho de 2009.
Endereço para correspondência: Ana Paula da C. Machado Silva, Rua Tancredo Neves 659, Fonte Santa, 25975235 Teresópolis RJ, Tel 95535889, E-mail: anapaula100206@yahoo.com.br

Resumen

Acogida a la mujer portadora de endometriosis: repensar la atención de enfermería

Este estudio tiene como objetivo comprender la importancia de acoger a la mujer portadora endometriosis. El estudio se realizó entre Marzo y Mayo de 2008. Se trata de un estudio en que se utilizó una revisión sistemática de la literatura y base de datos, para demostrar la importancia del acogimiento a la mujer portadora de endometriosis. Este tipo de investigación se construye a partir de la selección de varios estudios de investigación con el mismo fenómeno. Se destacaron los siguientes puntos: acogida durante la consulta de enfermería y etapas propuestas para acoger a las mujeres con endometriosis. Los estudios demuestran cómo es difícil vivir con endometriosis, una enfermedad que afecta a la mujer moderna. Refuerza la importancia de comprender cada persona como un ser único, presentando su peculiar manera de vivir con la situación de la enfermedad.

Palabras-clave: acogimiento, endometriosis, Enfermería.

Introdução

Desde que a mulher conquistou seu espaço na sociedade, seu perfil mudou, deixou a forma passiva transformando-se em ativa. Essa mudança de comportamento e de seu papel na sociedade fez com que a mulher, hoje em dia, tenha um novo corpo. Ela passou a ter controle sobre a sua fertilidade, planejar sua família e se permitir uma maior atenção nas fases do climatério, menopausa e terceira idade. Porém teve de aprender a lidar com novas doenças, destacando-se a endometriose – uma doença moderna caracterizada pela presença de tecido endometrial de caráter benigno fora da cavidade uterina, podendo ser encontrado em qualquer parte do corpo, como, por exemplo: trompas, ovários, bexiga, intestino, rins, pulmões e até mesmo no fígado, vagina, cicatrizes cirúrgicas e cérebro [1]. A endometriose é descrita como doença dos contrastes clínicos, ou seja, embora não seja uma doença maligna, apresenta características devastadoras [2].

Trata-se de uma causa importante de dor pélvica crônica e infertilidade. Apesar de todo o conhecimento, não há evidências que comprovem a relação entre a gravidade da dor e gravidade da doença [3], e a área de localização dos focos de endometriose não estão relacionados com a intensidade da dor, no entanto continua sendo uma doença que afeta significativamente a vida da mulher, trazendo um impacto relevante em sua vida afetiva e familiar. Esse impacto associado a mudanças significativas pode gerar dependências e transtornos emocionais [4], o que demonstra ser essencial uma abordagem integral da enfermagem que atuará na escuta qualificada do seu problema. Sendo assim, a consulta ginecológica requer conhecimento técnico-científico, exige, neste processo de humanização do acolhimento da mulher portadora de endometriose pelo enfermeiro, uma relação de confiança e respeito garantindo o atendimento em todas as suas fases físicas e emocionais de sua vida [5].

Dor e infertilidade: características da endometriose

Os principais sintomas da endometriose são dor e infertilidade. Aproximadamente 20% das mulheres têm apenas dor, 60% têm dor e infertilidade e 20% apenas infertilidade. A dor da endometriose pode ser cólica menstrual intensa, dor abdominal à relação sexual, dor no intestino na época das menstruações ou uma mistura destes sintomas. A dor crônica pode levar a problemas como cansaço, perda do sono, alterações de humor, depressão, tensão pré-menstrual e dor lombar [6].

Considera-se que a dor pélvica crônica possa causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais, assim como qualquer doença crônica, pois restringe e modifica o convívio diário da paciente com suas rotinas até então estabelecidas. Além da endometriose, existem várias outras causas de origem física para explicar a presença de dor pélvica crônica. Porém, acredita-se que o fator psicológico pode estar presente de forma isolada ou concomitante em até 60% dos casos, sendo mais comuns os sintomas de depressão e ansiedade [7]. É possível afirmar que todas as experiências humanas, inclusive a dolorosa, envolvem componentes físicos e emocionais. As emoções mais comuns associadas à dor crônica são, em geral, depressão e ansiedade. O humor pode ficar comprometido interferindo na interpretação e

no relato da dor [8]. Apesar da alta prevalência, a fisiopatologia da endometriose permanece obscura. É sabido que essa moléstia associada a danos tubários e/ou ovarianos têm correlação evidente com infertilidade, no entanto, uma questão clássica do tema parece começar a ser solucionada, ou seja, a questão se a endometriose é uma causa de infertilidade em qualquer estágio e não um mero fator co-existente parece estar sendo objetivamente respondida, no sentido de que a endometriose é causa de infertilidade em qualquer que seja o estágio. Os mecanismos envolvidos na gênese da infertilidade em pacientes com endometriose são: anormalidades anatômicas causadas pelas aderências relacionadas à endometriose (fator mecânico), alterações imunológicas no ambiente peritoneal, alterações dos mecanismos de implantação ou mesmo alterações genéticas. A abordagem laparoscópica pode solucionar as alterações anatômicas, mas mecanismos imunológicos possivelmente não são corrigidos com a abordagem cirúrgica [9].

Acolhimento durante a consulta de enfermagem

A forma de abordar o acolhimento durante a consulta de enfermagem envolve muitas discussões sobre diferentes visões na relação paciente, equipe assistencial e tecnologia. A modernidade ocorrida dentro das instituições auxiliou na forma de estabelecer diagnóstico e tratamentos, mas, em contrapartida, houve a mecanização do trabalho da equipe de saúde, distanciando-as do fator humano. Atualmente, as propostas de humanização dos serviços de saúde nos levam a refletir sobre o tipo de atendimento prestado aos pacientes de diversas áreas, com profissionais apesar de humanos, muitas vezes, prestam cuidados de forma desumana ou pouco humanizada [10].

Uma cultura de humanização necessita tempo para ser construída, impõe a participação de todos os atores do sistema, determina a ruptura de paradigmas. Humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de uma rede de diálogo.

Acolher significa receber, recepcionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como co-responsável pela produção da saúde, tanto na perspectiva individual como do ponto de vista coletivo. O acolhimento é um instrumento de trabalho, que incorpora as relações humanas, e deve ser integrado por todos os profissionais da saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma seqüência de ações e modos que compõem o processo de atendimento em saúde [1,10].

A importância do grupo de apoio a mulheres com endometriose

A vivência com algumas mulheres portadoras de endometriose nos mostra que a dor característica e a impossibilidade de uma gravidez as deixam mais sensíveis, angustiadas, frustradas, isolando-se, algumas vezes, da sociedade. Esse isolamento, com o passar do tempo, pode se transformar em depressão, que se não for detectada precocemente e tratada, pode prejudicar o tratamento da endometriose ocasionando seu agravamento. Vivenciar essas mudanças e experimentar múltiplos sentimentos é realmente confuso para a mulher. Apesar de não existir um estudo científico sobre o perfil psicológico das mulheres com endometriose, alguns autores sugerem: perfeccionismo, auto-exigência, capacidade de controle e comando, stress psíquico, entre outras características. Contudo, engaja-se o desejo de montar um grupo de apoio a esta clientela específica objetivando proporcionar um cuidado psicossocial [6].

Objetivo

Compreender o significado do acolhimento frente à mulher portadora de endometriose, traçando propostas para sua efetuação.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de revisão sistemática. Revisões sistemáticas visam sintetizar o conhecimento de uma dada área a partir da formulação de uma pergunta, identificação, seleção e avaliação crítica dos estudos; busca-se consenso sobre alguma prática ou conceito em que o conhecimento disponível é insuficiente ou controverso [11].

A busca de artigos incluiu pesquisa em bases eletrônicas e busca manual de citações nas publicações inicialmente identificadas. As bases eletrônicas pesquisadas foram: Lilacs, Medline, Bdenf, PAHO, WHOLIS e Biblioteca Cochrane.

Na base Medline foram utilizadas palavras-chave em inglês, enquanto nas demais foram utilizadas palavras-chave em português, espanhol e inglês. O período de abrangência foi entre 1966 (ano inicial dos registros do Medline) a outubro de 2007, tendo como população estudada o gênero feminino com os seguimentos: humano, meia-idade, infertilidade e dor.

Para refinar a busca, a estas combinações foram acrescidos os termos qualificadores: endometriose, enfermagem, controle, avaliação da dor, sinais e sintomas e diagnóstico diferencial. Ao final, foram 248 combinações entre os descritores para obtenção do máximo de referências possíveis.

Resultados

Na base de dados Medline, no período entre 1966 a 2007, foram identificados 9.532 artigos, dos quais 78 foram incluídos. Na base de dados Lilacs, um total de 521 artigos foram encontrados, a partir de 1981, sendo incluídos 50. Na base de dados da Biblioteca Cochrane foram encontrados 4 artigos a partir de 2003, sendo que apenas 2 foram incluídos, totalizando 130 artigos. Nas bases de dados Bdenf, PAHO e WHOLIS, não foram encontrados artigos sobre o tema. Dos 130 artigos analisados, 74 dos estudos era revisão, 30 eram casos-controle, 24 eram relatos de caso e 2 eram revisões sistemáticas. Nota-se que dentre os estudos selecionados, 42 abordaram a dor, sendo que destes, 36 estudos referiam-se a dor física e 6 estudos referiam-se a dor emocional. Dos restantes analisados, 56 abordaram a infertilidade e 32 estudos abordaram dor e infertilidade. Dos estudos que abordaram a dor tendo como causa a endometriose, apesar de não descreverem com maiores detalhes as características da dor, foram unânimes em apontar a dor pélvica atípica, tendo maior fluxo sanguíneo no período menstrual. Observamos que durante a análise não houve estudos voltados para o acolhimento da mulher portadora de endometriose, bem como a inserção de uma equipe multidisciplinar contendo o médico, enfermeiro, nutricionista e psicólogo compondo assim as esferas para o tratamento integral desta mulher.

Conclui-se, com os dados obtidos, que existe uma interface que ainda precisa ser explorada: o atendimento psicológico devido à prevalência de depressão, focalizando aspectos psíquicos envolvidos no processo de adoecimento e depressivo. Nestes casos, a depressão deve ser também tratada e não apenas entendida como resultado esperado do sofrimento decorrente do sintoma doloroso.

Discussão

A endometriose vem crescendo no País. Em São Paulo, o número de casos saltou de 1.205 registrados em 2000, para 3.429 no ano de 2007, um aumento de 64,8%. A doença acomete cerca de 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva. Acredita-se que mais de seis milhões de mulheres no Brasil sejam portadoras do distúrbio, podendo ser considerado um problema de saúde pública [14,15], sendo a endometriose responsável por 15.529 internações de mulheres no Brasil somente no ano de 2007 [16]. Os números tendem a aumentar, principalmente pela falta de informação sobre a enfermidade, que é o principal empecilho para um diagnóstico precoce. Precisamos, portanto conscientizar e informar à sociedade, quanto aos resultados obtidos, colocando em prática o acolhimento, para isso é essencial o apoio da equipe de saúde multidisciplinar a mulher portadora de endometriose.

Ainda não se conhece a história natural da endometriose, mais sabe-se que a endometriose seja uma doença silenciosa que acomete as mulheres jovens em idade fértil. O primeiro estudo foi realizado por Iwanoff no final do século XIX que propôs a causa da endometriose seria a metaplasia celômica. Nesta teoria as células do epitélio celômico poderiam transformar-se em células endometriais em qualquer lugar do corpo, isso ocorreria através de estimulo hormonais sobre a superfície do epitélio.

Em 1922 Sampsom propôs a teoria da menstruação retrógrada ou da implantação. Ocorreria através do transporte do tecido endometrial por sangramento menstrual retrógrado pelas trompas de falópio. Mas também por esta teoria se explica a disseminação de células endometriais por meio de vasos linfáticos ou sanguíneos, causando endometriose em sítios distantes, como pelve, pulmões e pleura [17].

Essas teorias podem ser divididas em dois grupos principais: aquelas que defendem o transporte e a implantação das células endometriais, e as que defendem por aparecimento de tecido endometrial ectópico por metaplasia celômica [18].

A implantação do tecido endometrial pode ocorrer na superfície peritonial ou em qualquer outro órgão da cavidade abdominal, assim esta te-

oria é aceita para explicar boa parte dos implantes peritoniais. Varias teorias vem tentando explicar a causa da endometriose desde 1800 quando foi primeiramente estudada, mas ainda não teve sua etiopatogenia esclarecida sendo possível que as diversas teorias se interajam.

Fatores que merecem destaque são os genéticos e imunológicos, estes nos mostram que pessoas predispostas não apresentam a patologia, ou que ao contrário, em determinadas condições pequenos estímulos deflagram o quadro. Segundo Moen e Magnus a mulher que tem um parente de primeiro grau afetado, tem risco sete vezes maior do que a população em geral para endometriose. No entanto, o sangramento menstrual retrógrado pode ocorrer, mas nem sempre levará a desenvolver esta patologia. Assim sendo, a teoria da menstruação retrógrada não basta para explicar o aparecimento da doença, outros fatores devem estar envolvidos para justificar o aparecimento em um pequeno número de mulheres com refluxo menstrual. Várias linhas de pesquisa tentam elucidar quais seriam estes fatores, como alterações imunológicas e em células endometriais tópicas e cromossomiais, mas não é claro o mecanismo desta etiopatologia [10,14,18].

Considerando que a endometriose é a doença da mulher moderna, observou-se com este estudo que a enfermagem como parte fundamental em educação e saúde tem o papel de informar as mulheres sobre sintomas e fatores predisponentes que ocasionam a doença. Estabelecer um elo entre cliente e profissional de saúde para desenvolver um atendimento humanizado, isto só conseguiremos se nos engajarmos com os problemas de tais mulheres, transpassando-nos para seus lugares.

Conclusão

Conviver com a dor e a incerteza de fertilidade torna as mulheres susceptíveis a desenvolver um quadro depressivo, pois na maioria das vezes são mulheres jovens. Nesse momento, o enfermeiro que pratica ações humanizadas deve olhar essas mulheres de forma integral. Não devemos nos basear com apenas exames físicos e achados laboratoriais. Se tivermos um olhar holístico para tais mulheres estaremos cumprindo com a nossa missão, que é o cuidado. Oferecer um tratamento individualizado, considerando sempre os sintomas da paciente e o impacto da doença e do tratamento sobre a qualidade de vida. Uma equipe multidisciplinar especializada deve ser envolvida, na tentativa de fornecer um tratamento capaz de abranger todos os aspectos bio-psico-sociais da paciente.

Sugerimos, no entanto, a realização de trabalhos voltados para esta clientela específica, mediando assim à humanização do cuidado. Acreditamos que essa proposta deve ser colocada em prática, devido ao grau de mulheres portadoras de endometriose no Brasil. Concluímos que para que o acolhimento se perpetue faz-se necessária a participação da equipe de saúde e que a mesma se sinta acolhida para então acolher. Ao cuidar do ser humano integralmente refletiremos na preservação da espécie humana. O acolhimento seria a busca da valorização da vida, a mudança no modo como o cuidado em saúde é oferecido a estas mulheres. A base para estas mudanças poderá se tornar efetiva através das ações humanizadas.

Referências

1. Callil AM. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007.
2. Oliveira HC, Lemgrube I, Costa OT, ed. Tratado de Ginecologia Febrasgo - Comissão de Educação Continuada da Febrasgo, Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
3. Lorençato C, Vieira MJN, Marques A, Benetti–Pinto CL, Peta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. Rev Assoc Med Bras 2007;53(5):433-8
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Ginecologia: manual para o TEGO. São Paulo: Medsi; 1997. 710p.
6. ABEND. Dor e infertilidade. [citado 2008 Mar 26]. Disponível em URL: www.abend.org.br
7. Almeida FM. A prática invasiva na dor pélvica. Femina 2001;29:149-50.
8. Pimenta CAM. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho MMMJ, ed. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999. p.31-46.
9. Abrão MS, Dias Junior JA. Infertilidade e endometriose: causa ou conseqüência? [online]. [citado 2008 Abr 15]. Disponível em URL: http:// www.sobrage.org.br
10. Hennington EA. Acolhimento como prático interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad Saúde Pública 2005;21:256-65.
11. Centro Cochrane do Brasil. Revisão Cochrane. [citado 2008 Mar 18]. Disponível em URL: http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise.
12. Baracat EC, Haidar MA, Lima GR, Simões RD. Síndrome do climatério: aspectos atuais. Ars Curandi 1991;24(8):9-16.
13. Piato S. Tratado de ginecologia. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.150.

14. Bastos AC. Ginecologia. 11a ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 56-79.
15. Vinhal M. Endometriose atinge 6 milhões de mulheres no Brasil. Vigor Movimento e Saúde [online]; Out 2007. [citado 2008 Abril 13]. Disponível em URL: http:www.revistavigor.com.br
16. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [online]. [citado 2008 Abril 13]. Disponível em URL: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def.
17. Stout AL, Steege JF, Dodson WC, Hughes CL. Relationship of laparoscopic findings to self-report of pelvic pain. Am J Obstet Gynecol 1991;164:73-9.
18. Tulandi T, Chen MF, Al-Took S, Watkin K. A study of nerve fibers and histopathology of postsurgical, postinfectious and endometriosis-related adhesions. Obstet Gynecol 1998;92(5):766-8.

Enfermagem Brasil
Julho / Agosto 2009;8(4)

Relato de experiência

Projeto de acolhimento e humanização para acompanhantes: a inserção do serviço social e da enfermagem de uma instituição federal do Rio de Janeiro

Erika Fonseca Camargo Marsico, M.Sc.*, Sandra Batista da Silva**

**Enfermeira, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/ UFRJ, **Assistente Social do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ*

Resumo

O presente trabalho descreve a prática do Assistente social e da Enfermeira no atendimento a familiares e acompanhantes de pacientes internados em um Hospital Federal Universitário no Rio de Janeiro, utilizando como ferramenta metodológica uma reunião semanal realizada com esses acompanhantes do serviço de internações clínicas. Essa atuação é fundamentada no Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, nos Códigos de Ética Profissional do Assistente Social e do Enfermeiro e na discussão de temas emergentes do cotidiano do processo de hospitalização. Considerando que o assistente social e o enfermeiro são os profissionais que se apresentam como os principais elos de ligação entre paciente, família e instituição de saúde, este trabalho teve como objetivos desenvolver atividades com orientações e educação em saúde, baseando-se no tripé que norteia a instituição: Ensino – Pesquisa – Assistência. Os resultados obtidos foram: diminuição de queixas a ouvidoria; maior número de acompanhantes orientados sobre direitos e deveres e sobre a composição da equipe multiprofissional; melhor controle da quantidade de pertences e alimentos nas enfermarias trazidos pelos acompanhantes, aumento de doadores de sangue e redução dos conflitos existentes entre família e equipe.

Palavras-chave: Serviço Social, Enfermagem, acolhimento, humanização da assistência.

Abstract

Project of humanization and receptiveness to companions: the insertion of social work and nursing of a federal institution in Rio de Janeiro

This work describes the practice of social work assistant and nurse in assisting family and companions of inpatients at a University Federal Hospital in Rio de Janeiro, using as methodological tool a weekly meeting with the companions of inpatient clinic service. This acting is based on The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization, on the social worker and nurse Code of Professional Ethics and daily debates that emerge from the hospitalization process. Considering that the social worker and nurse are the main links between patient, family and health institution, the objective of this work was to

Artigo recebido em 12 de maio de 2009, aceito em 22 de julho de 2009.
Endereço para correspondência: Erika Fonseca Camargo Marsico, Rua Doutor Nunes, 147/302,21021-370 Rio de Janeiro RJ, Tel: 2270-3475/ 87261388, E-mail: erikamarsico@ig.com.br, dinhabatista@hotmail.com, sbatista@hucff.ufrj.br

develop activities with guidance and education on health, following the tripod: education, research and caring. The results are: reduction in claims, higher number of companions well informed about rights and duties, multiprofessional staff, better control of belongings and food brought by the companions to the Nursing ward, increase of blood donators and reduction of conflicts between family and hospital team.

Key-words: social work, nursing, user embracement, humanization of assistance.

Resumen

Proyecto de acogimiento y de humanización para los acompañantes: la inserción del Servicio Social y de Enfermería de una institución federal de Río de Janeiro

Este trabajo describe la práctica del asistente de servicios sociales y del enfermero en la atención a familiares y acompañantes de los pacientes hospitalizados en un hospital federal universitario en Río de Janeiro, utilizando como herramienta metodológica una reunión semanal realizada con eses acompañantes del servicio de hospitalización. Esta actuación se basa en el Programa Nacional de Humanización del Ministerio de la Salud, en el Código de Ética Profesional del asistente social y del enfermero y en los debates de temas emergentes en el cotidiano del proceso de hospitalización. Considerando que el asistente social y el enfermero son los profesionales que se presentan como los principales contactos entre el paciente, la familia y la institución de la salud, este trabajo tuvo como objetivo desarrollar actividades con orientaciones y educación en salud, basado en el siguiente trípode: Enseñanza – Investigación – Asistencia. Los resultados obtenidos fueron: reducción de quejas; un número más grande de acompañantes orientados sobre derechos y deberes; mejor control de cantidad de pertenencias y alimentos en las enfermerías, aumento de donantes de sangre y reducción de conflictos entre la familia y el equipo.

Palabras-clave: Servicio Social, Enfermería, acogimiento, humanización de la atención.

Introdução

Quando falamos, atualmente, em qualidade de serviços ou produto, podemos definir como sendo "*um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes*" [1]. Quando nos referimos à qualidade dos serviços de saúde, temos como um dos principais indicadores a qualidade da assistência de enfermagem, levando-se em consideração que é com a equipe de enfermagem que o cliente hospitalizado e seus familiares mantêm o maior vínculo, devido à continuidade dos cuidados nas 24 horas.

Assim, para a equipe de enfermagem atuar dentro de um sistema de gestão de qualidade, ela precisa estar capacitada para assegurar que seus procedimentos estejam em conformidade com as necessidades dos clientes, indo ao encontro das suas demandas e aumentando seu grau de satisfação. Uma das ferramentas preconizadas pelo Ministério da Saúde como integrante do processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde é o acolhimento, definido como

> uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde [2].

Dentro desse contexto, o acolhimento é considerado um requisito fundamental para a promoção da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem ao cliente hospitalizado, assim como também aos seus familiares. Ter sensibilidade para a escuta e o diálogo, mantendo relações éticas e solidárias entre os profissionais e os pacientes/familiares, envolve um aprendizado contínuo e vivencial, pouco enfatizado no ambiente de trabalho, levando-se em conta, ainda, o predomínio de estruturas administrativas tradicionais, rígidas e burocratizadas. Deve ser enfatizada, também, a dificuldade nesse processo de acolhimento, pela sobrecarga de trabalho, pelo dimensionamento inadequado dos profissionais de enfermagem e pelas condições inapropriadas de trabalho, o que acarreta uma rotina mecanizada, visando apenas o cumprimento de tarefas e

distanciando, cada vez mais, a relação profissional / paciente/ familiar, no que se refere aos aspectos bio-psico-socio-espirituais [3].

O processo de hospitalização é acompanhado, muitas vezes, de imposições de normas e rotinas institucionais para os pacientes, como horários rígidos para banho, refeições e visitas, além da perda de sua privacidade, das perdas afetivas, sociais e de suas atividades de lazer, retirando a pessoa de seus hábitos e deixando de lado suas características pessoais, gerando sentimentos de medo, angústia e solidão.

A presença e participação dos familiares no processo de internação confortam e tranqüilizam o paciente, diante de tantas rupturas e de pessoas "estranhas", minimizando a distância de casa e das notícias, além de permitir que o paciente se sinta mais protegido, dentro de um ambiente estranho, principalmente, quando se trata de idosos ou crianças. A interação da família, também, com a equipe de saúde possibilita um enriquecimento dos dados sobre o paciente e, conseqüentemente, melhor resultado para ele e maior retorno profissional [4].

De acordo com a Política Nacional de Humanização [5], acompanhante é o "*representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde*". A sua inserção no processo de internação é de suma importância para captar melhor os dados do contexto de vida do doente e ajudar na identificação das suas necessidades, para incluí-lo nos cuidados com a pessoa doente, para permitir a integração das mudanças provocadas pelo motivo da internação e para fortalecer a confiança da pessoa internada.

O Ministério da Saúde [6] propõe como alguns dos parâmetros de adesão à Política Nacional de Humanização na Atenção Hospitalar a existência de grupos de trabalho de humanização, a garantia de visita aberta, por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante, mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários e mecanismos de escuta para a população e os trabalhadores.

Contudo, como chefe de enfermagem de um dos setores pertencentes ao Serviço de Internações Clínicas de um Hospital Universitário da rede federal localizado na cidade do Rio de Janeiro e como uma das Assistentes Sociais responsáveis por esse Serviço, percebemos que os objetivos que buscamos com a presença dos familiares, durante a internação não serão plenamente atingidos, se a equipe multiprofissional não realizar um trabalho de orientação, educação e envolvimento dos familiares nesse processo. Além disso, um dos itens preconizados relacionados à atenção ao cliente, respectivamente, no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde/Organização Nacional de Acreditação [7] é a humanização da atenção ao cliente/paciente e a existência de um mecanismo de orientação aos pacientes e familiares. Essas questões precisam ser trabalhadas, pois lidamos com familiares e acompanhantes de várias classes sociais, com diferentes níveis de instrução, cultura, religião, hábitos e costumes os quais, muitas vezes, podem interferir no processo de recuperação do paciente, no que se refere, por exemplo, ao desconhecimento de seus direitos e deveres, da realidade hospitalar, da composição dos membros da equipe de saúde e sobre controle de infecção hospitalar.

A partir dessas situações detectadas e vivenciadas no dia-dia nas Unidades de Internações Clínicas e considerando que o Assistente Social e o Enfermeiro são os profissionais que se apresentam como os principais elos de ligação entre paciente, família e instituição de saúde, foi iniciado um trabalho com a chefia de enfermagem e o Serviço Social responsável por este setor. A proposta de assistência é atuar junto aos acompanhantes e familiares dos pacientes hospitalizados, em relação à carência de esclarecimentos acerca da hospitalização. Surgiu da necessidade de sistematizar informações relacionadas à dinâmica hospitalar, à composição da equipe multiprofissional e às medidas básicas de prevenção de infecção hospitalar.

Inicialmente, o contato da equipe interdisciplinar com os acompanhantes ocorria durante a intervenção direta ao paciente na enfermaria. A chefia de enfermagem e o serviço social identificaram a necessidade de um espaço, onde essas orientações fossem abordadas com maior acolhimento, o que desencadeou a formação de uma atuação profissional interdisciplinar de caráter educativo, informativo e humanizado.

Esse trabalho baseia-se na relevância da participação dos familiares no processo saúde, doença e tratamento do paciente e possui como objetivos desenvolver atividades com orientações e educação em saúde, baseando-se no tripé que norteia a instituição: Ensino - Pesquisa- Assistência. Sendo assim, pretendemos com a sua divulgação contribuir para otimizar a qualidade da assistência aos pacientes

internados e seus familiares, reduzir o estresse emocional gerado durante a internação e fortalecer as iniciativas de humanização existentes na rede hospitalar pública.

Desse modo, o objetivo do presente estudo é apresentar como vem sendo aplicadas as diretrizes da Política Nacional de Humanização, no que se refere à valorização das relações interpessoais entre pacientes, familiares e profissionais de saúde, a partir da experiência vivenciada pela Enfermagem e pelo Serviço Social, num hospital universitário do Rio de Janeiro. As reuniões desenvolvidas junto com os acompanhantes possuem os seguintes objetivos específicos:

- Debater a questão do que é ser acompanhante;
- Abrir espaço para escuta, orientação e reflexão;
- Possibilitar a discussão das questões trazidas pelo grupo;
- Esclarecer direitos e deveres do acompanhante na instituição;
- Melhorar a interação acompanhante/equipe multidisciplinar, visando o conforto do paciente e acompanhante, durante sua permanência na instituição;
- Fortalecer o tratamento do paciente, estimulando a participação ativa da família;
- Propiciar educação em saúde na instituição;
- Socializar as informações, aumentando o compromisso dos acompanhantes e o nível de conscientização;
- Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência do trabalho que vem sendo realizado, baseado na Política Nacional de Humanização iniciado pela Enfermagem e o Serviço Social junto aos acompanhantes dos pacientes internados no 9° andar de um hospital universitário do Rio de Janeiro. Este andar, atualmente, é dividido em três postos, onde ficam localizadas as enfermarias pertencentes ao Serviço de Internações Clínicas da instituição. Além disso, um desses postos do andar é destinado às especialidades médicas como transplante de fígado, medula, rins e pulmão e cirurgias plásticas e interna pacientes do SUS e de convênios de saúde da rede privada.

O trabalho é desenvolvido através de reuniões semanais, com duração prevista de uma hora, com grupo de acompanhantes dos pacientes internados nessas enfermarias com a participação direta da Chefia de Enfermagem, Serviço Social, Chefia da Equipe Médica e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Os acompanhantes são convidados, pessoalmente, pela equipe de enfermagem e pela assistente social responsável a participarem da reunião, que se inicia aproximadamente às 10h30min. O espaço físico destinado à atividade é a Sala de Humanização do 9° andar, por estar próxima às enfermarias, ser arejada, contar com boa iluminação e pela possibilidade de dispor as cadeiras em círculo, visando à interação e o conforto dos participantes.

Os encontros são registrados em livro ata. A dinâmica ocorre através de sugestões da equipe e dos próprios acompanhantes para uma melhor abordagem, no sentido de educá-los e orientá-los, quanto às normas e rotinas da instituição, tendo como base a educação em saúde. A reunião inicia-se com a distribuição de cartilhas do acompanhante elaborada pela instituição, grupos de discussão, orientações sobre infecção hospitalar e demais questões sugeridas.

Todas as demandas apresentadas são colocadas em discussão e, na medida do possível, tenta-se dar resolutividade, encaminhando ao setor e/ou profissional competente. Utilizam-se recursos audiovisuais como álbuns seriados, cartazes, filmes, dinâmicas de grupo e exercícios de relaxamento com o objetivo de promover também a saúde mental de quem cuida, pois se considera que quem cuida também precisa de cuidados e atenção.

Resultados

Os resultados obtidos, até então, com as reuniões são:

- Diminuição de queixas a ouvidoria;
- Maior número de acompanhantes orientados sobre direitos e deveres;
- Maior controle da infecção por transmissões cruzadas e contato;
- Aumento de doadores de sangue;
- Redução dos conflitos existentes entre família e equipe.

As avaliações desse projeto são realizadas a partir de observações, visitas às enfermarias e reuniões entre o Serviço Social e a Chefia de Enfermagem, no intuito de buscar soluções para as demandas postas, em prol de um bom atendimento da equipe multidisciplinar. Tendo em vista os resultados iniciais positivos com a implantação do projeto,

tem-se ainda como metas integrar todos os andares de internação no processo de acolhimento e humanização aos acompanhantes de pacientes internados na instituição e desenvolver um trabalho semelhante voltado diretamente aos profissionais que cuidam desses pacientes, nas 24 horas (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem).

Discussão

Considerando as características sociais e culturais específicas de cada pessoa, há qualidades e atitudes que o profissional espera encontrar no familiar acompanhante e há aquelas as quais este familiar espera encontrar na equipe de enfermagem. Quando essas expectativas se coadunam, ocorre uma relação de reciprocidade, participação e solidariedade, favorecendo uma relação de cuidado [8]. Sendo assim, é preciso pensar em vários aspectos relacionados ao acolhimento desse acompanhante, no contexto da internação como, por exemplo, de que forma podem ser contornadas as carências no ambiente físico hospitalar, não preparado para abrigar adequadamente mais uma pessoa, num espaço em que, muitas vezes, não é adequado nem para os clientes?

Além da adequação do espaço físico para o acompanhante, torna-se necessário que o processo transformador também esteja calcado nas relações humanas, tendo como base o comprometimento com os princípios norteadores das políticas de humanização dos espaços institucionais, favorecendo, assim, que familiares/acompanhantes e profissionais de saúde tornem-se parceiros nesse processo.

Conclusão

A experiência desse trabalho demonstra a importância da prática educativa e acolhedora no processo saúde/doença, da Enfermagem e do Serviço Social. A prática educativa contribui para a mudança, ampliação e percepção da população usuária dos serviços oferecidos. O Serviço Social e a Enfermagem atuam com base na garantia dos direitos básicos de cidadania, participação social, democracia, justiça social, eqüidade e humanização.

Levando os usuários à reflexão e ao entendimento do que é ser acompanhante, objetivamos a humanização do atendimento e um melhor relacionamento entre acompanhante e equipe de saúde. A humanização depende da mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados ao relacionamento entre usuários dos serviços e profissionais de saúde e na possibilidade de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso.

A reforma da atenção, no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, é um instrumento que tem se mostrado poderoso para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas, durante todo o tempo, e que estas pessoas como eles próprios têm interesses e desejos com os quais se deve compor é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

Referências

1. Mezomo JC. Gestão da qualidade na Saúde. Princípios básicos. São Paulo: Manole; 2001.301p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Série B. textos básicos de saúde. Brasília: MS; 2004.
3. Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev Latinoam Enfermagem 2005; 13(1):105-11
4. Amin TCC. O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimentos desnecessários [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Visita aberta e direito à acompanhante. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: MS; 2004.
6. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: MS; 2004
7. Ministério da Saúde. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Brasília: MS; 2006.
8. Squassante ND. A dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital: implicações para o cuidado de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

Setembro

23 a 26 de setembro
XII Congresso Médico de Pneumologia e Tisiologia da SOPTERJ
Centro de Convenções do CBC
Rio de Janeiro, RJ
Informações: (21) 2548-5141

23 a 26 de setembro
II Congresso de Medicina de Emergência
Fortaleza, CE
Informações: (85) 4011-1572

23 a 26 de setembro
XII Congresso Paulista de Enfermagem em Nefrologia
Campos do Jordão, SP
Informações: (11) 3892-6696

28 de setembro a 1 de outubro
12º CBCENF – Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem
Belo Horizonte, MG
Informações: www.portalcofen.gov.br

Outubro

6 a 8 de outubro
III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, SC
Informações: cbepnfloripa@yahoo.com.br

7 a 9 de outubro
2º Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem
Fundação Calouste Gulbenkian
Lisboa, Portugal
Informações: 213 535 543/217 156 736
historiaenf@gmail.com

7 a 10 de outubro
XVI Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica
Fortaleza, CE
Informações: (85) 4011-1572

25 a 29 de outubro
VIII Congresso Brasileiro de Estomaterapia
III Congresso Latino Americano de Estomaterapia
Rio Quente, GO
Informações: (11) 5081-7718

Novembro

17 a 20 de novembro
II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de países de língua oficial portuguesa
Coimbra, Portugal
Informações: congresso.uicisa@esenfec.pt

18 a 21 de novembro
II Simpósio Brasileiro de Estomatateraphia
I Simpósio Internacional de Estomaterapia Nacional e Pediátrica
Hotel Leão da Montanha Campos do Jordão, São Paulo
Informações: (11) 5081-7718

Dezembro

7 a 10 de dezembro
61º CBEn - Congresso Brasileiro de Enfermagem
Fortaleza, CE
Informações: (85) 3272-4144
www.aben-ce.com.br

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 8 número 5 - Setembro / Outubro de 2009

EDITORIAL

Gerontologia, Meives Aparecida Rodrigues de Almeida 235

ARTIGOS ORIGINAIS

O ambiente e as inter-relações do paciente internado com doença infecto-contagiosa, Carmen Gasparin, Ana Maria Dyniewicz, Luísa Canestraro Kalinowski 237

O significado da maternidade e seus reflexos para o processo de vida da adolescente-mãe, Elisa Pacheco, Clara Andréia, Juliana Lacerda, Aline Ramos de Carvalho Pinto, Verônica Caé da Silva..... 244

Sistematização da assistência de enfermagem – proposta de diagnóstico de enfermagem específico para o paciente idoso com doença cardiovascular, Kelly Regina Lainetti, Márcia de Fátima da Silva 251

Visão da equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família acerca da integralidade das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, Aldaíza Ferreira Antunes Fortes, Ana Maria Nassar Cintra Soane, Adriana Rosa dos Reis 258

Prevalência e fatores associados ao tabagismo em uma unidade universitária, Jéssica Steffany Miranda, Janaina Benatti de Almeida, Silvio Fernando Guideti Marques 266

REVISÕES

Sexualidade e juventude em tempos de Aids, Simone Mendes Carvalho, Joséte Luzia Leite, Cristiano Bertolossi Marta, Graciele Oroski Paes de Lima, Marcio Tadeu Ribeiro Francisco..... 272

Fatores de risco e o cuidado do enfermeiro na prevenção da úlcera por pressão, Ivonete Gomes de Oliveira, Mara Lúcia Mattos da Costa, Renê dos Santos Spezani 280

Dificuldades do aleitamento e o desmame precoce, Maria da Conceição Rivemales, Ana Caroline Campos Azevedo, Patrícia Lopes Bastos 288

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 295

CALENDÁRIO DE EVENTOS..... 296

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Aida Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª. Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª. Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª. Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª. Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª. Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. William Malagutti (UGF – São Paulo)

Enfermagem Brasil é indexada no CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

atlântica editora

Atlântica Editora
e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

Atendimento
(11) 3361 5595 / 3361 9932
E-mail: atendimento@atlanticaeditora.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 240,00

atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello
mello@atlanticaeditora.com.br

Co Editor
Artmerkado Editora Técnica e Cultural Ltda

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Projeto gráfico
Artmerkado Editora Técnica e Cultural Ltda

Marketing e Publicidade
José Gomes
gomes@atlanticaeditora.com.br

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
marcia@atlanticaeditora.com.br

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *PAM Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Editorial

Gerontologia

Meives Aparecida Rodrigues de Almeida

Desde que comecei a dedicar meus estudos na área de gerontologia, que é a ciência que estuda o processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos, entre os quais os biológicos, psicológicos, políticos, sociais, econômicos e espirituais, venho observando vários discursos na literatura de muitos autores que afirmam existir um grande desafio, que é o cuidar da população idosa. Sendo assim a investigação do processo de envelhecimento atinge, neste início do século XXI, uma importância e uma prioridade evidente. Entretanto, espero que em breve a gerontologia não seja apenas uma ciência formal mas também uma ciência intervencionista, pois os discursos nem sempre vêm ao encontro das realidades encontradas e vivênciadas.

Quero narrar aqui que como enfermeira tive o privilégio de participar do primeiro programa de pós-graduação em gerontologia da Faculdade de Educação/UNICAMP, em 1997, sendo a turma composta por quatorze alunos de mestrado e seis de doutorado, das diversas áreas (medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, assistente sociais, sociólogos, direito, arquitetura e terapia ocupacional).

Foi muito gratificante e enriquecedor participar deste primeiro grupo do curso que teve como características o ensino multidisciplinar; a construção gradual de conhecimento interdisciplinar e a convivência multiprofissional. Ainda me recordo de muitos seminários e debates, com diversas polémicas, controvérsias e distintas discussões, nas diferentes disciplinas que a turma frequentou. Também relembro que várias vezes foi comentado em classe de aula, que a Europa é a parte mais envelhecida do planeta, principalmente quando comparada com o Brasil, e que a área de gerontologia e a qualidade de vida dos idosos europeus era melhor do que dos idosos brasileiros.

Ao terminar o meu curso de mestrado em gerontologia na UNICAMP, surgiu uma oportunidade de mudar para Europa, e cá estou há 10 anos vivendo, trabalhando e estudando entre Portugal e Espanha. Nesses anos de experiência pude verificar e, desta forma opinar que não é bem assim, pois em Portugal ainda não existe a especialidade de geriatria, sendo os idosos assistidos pelo seu médico de família e não por um médico especializado em geriatria, o que no meu ponto de vista faz uma grande diferença, ocorrendo mesmo na enfermagem. Só recentemente na área de enfermagem foi iniciado a especialidade em geriatria, existindo poucos cursos e pouca procura, comparado com a necessidade real. Diferentemente de Portugal, na Espanha a especialidade médica em geriatra já existe há mais tempo, entretanto somente agora os cursos de pós-graduação em geriatria para enfermeiros foram reconhecidos pelo Colegiado de Enfermagem.

Por outro lado, também não é novidade para os governos europeus, administradores e profissionais de várias áreas, nomeadamente a área de saúde, de que existe uma série de consequências, pelo fato de existir cada vez mais pessoas idosas.

**Doutora em gerontologia pela Universidad de Santiago de Compostela, enfermeira da Policlínica Virgen de Gracia – Isla de Minorca/Espanha*

Em qualquer parte do planeta os gestores da área de saúde buscam realizar mudanças nos modelos de assistência existentes no momento. É claro que a condição relacionada aos custos é de fundamental importância, visto que os gastos com a saúde do idoso são elevados e onerosos em qualquer país, mas também não pode se esquecer da qualidade e da quantidade dos serviços prestados a esta população. Também considerar que se não prevenir, teremos um custo altíssimo para dar conta das consequências negativas que se reproduzem no processo de envelhecimento. Em Portugal e Espanha, a maioria das residências geriátricas são particulares, residências que mais parecem hotéis de cinco estrelas ou um SPA de ultima geração, não sendo possível a qualquer idoso procurar este tipo de serviço.

Todos nós, independente da raça, nacionalidade e cultura temos que dar um sentido à nossa vida, porque estamos a envelhecer. Os problemas relacionados com o envelhecimento são inúmeros e certamente estão confrontados com o despreparo da sociedade e do indivíduo em enfrentar o seu envelhecimento. Os valores que estão presentes, as resistências em aceitar as limitações presentes na velhice, de um modo geral, refletem-se na inadequação das políticas de prevenção, na falta de equipamentos para qualificar esta última etapa da vida. Anita Liberalesso Neri enfatiza que o desenvolvimento e o envelhecimento caminham juntos [1]. O aumento da expectativa de vida deveria ser acompanhado de um aumento também na expectativa de saúde e enfrentamento para esta etapa. Este século será marcado, então, por novas necessidades de cuidado, não só físico mas também de cuidados emocionais e espirituais. Mas este século também deve ser marcado pelo respeito aos que vivem mais. Assim, em relação à qualidade a assistência, existe uma necessidade de capacitar profissionais que estejam aptos e especializados para exercer suas funções frente aos aspectos multidisciplinares de cuidados, tratamentos e avaliação dos idosos.

Para finalizar, gostaria de destacar que a formação e educação brasileira, seja na área da gerontologia ou não, nada deixa a desejar a formação europeia. Os problemas enfrentados pelo processo de envelhecimento são os mesmos, entretanto as diferenças sociais são comuns no mundo todo, e assim os idosos que têm o privilégio de ter uma boa condição financeira não encontram muitos obstáculos materiais para nada, ou para quase nada, porque material de consumo, equipamentos e assistência privada não falta e existem várias alternativas no mercado, é só escolher.

Referência

1. Neri AL. Contribuições teóricas ao estudo de crises e transformações no desenvolvimento adulto: uma análise preliminar. Estudos de Psicologia 1983;(1)2.

Enfermagem Brasil
Setembro / Outubro 2009;8(5)

Artigo original

O ambiente e as inter-relações do paciente internado com doença infecto-contagiosa

Carmen Gasparin*, Ana Maria Dyniewicz, D.Sc.**, Luísa Canestraro Kalinowski***

**Psicóloga, Curso de Pós-Graduação Gestão em Saúde Pública pela Pós-Graduação Bagozzi, Curitiba/PR, **Membro do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, ***Acadêmica de Enfermagem da UFPR, Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq*

Resumo

Este estudo descritivo-exploratório objetivou identificar o ambiente e as inter-relações de portadores de doenças infecto-contagiosas. Foi realizado por meio de entrevista com 15 questões, entre fevereiro e março de 2009, com 42 pacientes na cidade de Curitiba/PR. Nos resultados destacam-se: o atendimento na admissão foi considerado ótimo para 60% dos entrevistados; 98% se sentem acolhidos; 67% consideram ótimo o conforto nas enfermarias; 80% consideram ótimas as refeições e roupas de uso hospitalar; para 38% os médicos são os que menos esclarecem suas dúvidas; para 43% os profissionais demonstram mau humor e 57% permanecem no leito a maior parte do tempo. Conclui-se que há necessidade de melhorias no relacionamento com a equipe de saúde. Para os pacientes há tempo ocioso e isto afeta sua recuperação. Sugere-se que ações educativas e lúdicas sejam implementadas na instituição.

Palavras-chave: hospitalização, doenças transmissíveis, humanização da assistência.

Abstract

The environment and interrelationships of the hospitalized patient with contagious diseases

This is a descriptive-exploratory study aiming at identifying environmental situations and interrelationships of patients with contagious diseases. It was carried out by means of a 15 questions interview with 42 patients in the city of Curitiba/PR on 2009 February and March. It can be pointed out among the results: admission service was considered excellent by 60% of the patients; 98% felt welcome; 67% considered wards very comfortable; 80% found meals and hospital clothing excellent; 38% thought that doctors do not clear their doubts; for 43% the professionals expressed their bad mood and 57% staid in their beds most of the time. It is concluded that there should be an improved relationship between patient and health team. For patients, there has been too much empty time which affects their recovery. It is suggested more educational and playful actions in the institution.

Key-words: hospitalization, communicable diseases, humanization of assistance.

Artigo recebido em 3 de agosto de 2009; aceito em 10 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Ana Maria Dyniewicz, Rua Padre Anchieta, 1965/1201, 80730-000 Curitiba PR, Tel: (41) 3339-1184, E-mail: anadyni@yahoo.com.br, carmencitapink@yahoo.com.br, luisa@ufpr.br

Resumen

El ambiente y las interrelaciones del paciente internado con enfermedad infectocontagiosa

Es una investigación descriptiva y exploratoria que tuvo el objetivo de identificar el ambiente y las interrelaciones personales de portadores de enfermedad infectocontagiosas. Fue realizada a través de entrevista con 15 preguntas, entre Febrero y Marzo de 2009, con 42 pacientes en la ciudad de Curitiba, Paraná. En los resultados, se destacan: el servicio de admisión fue considerado óptimo para 60% de los entrevistados; 98% se sienten acogidos; 67% consideran óptimo el confort en las enfermerías; 80% consideran óptimas las comidas y ropas del hospital; para 38%, los médicos son los que menos aclaran sus dudas; 43% de los profesionales demuestran malhumor y 57% permanecen en la cama la mayor parte del tiempo. Se concluyó que hay necesidad de introducir mejoras en la relación con el equipo de salud. Para los pacientes, hay tiempo ocioso, lo que afecta su recuperación. La sugerencia es que haya mayor interacción y que acciones educativas y lúdicas sean implementadas en la institución.

Palabras-clave: hospitalización, enfermedades transmisibles, humanización de la atención.

Introdução

Diante da complexidade das relações entre saúde e doença e da dinâmica das instituições de saúde, uma questão importante é reconhecer o sofrimento do indivíduo internado além da sua dor física e acolhê-lo para dar sentido ao resgate da saúde integral [1].

Para isso existem diversas estratégias, como o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde, que preconiza oferecer oportunidades de saúde às pessoas, indo além de tratar a doença por meio de medicamentos, exames e intervenção técnica; mas vendo o paciente como um todo, atentando, inclusive, para os fatores estressores que estão interferindo na sua recuperação, durante o período da internação hospitalar [2].

Este programa propõe ainda um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por essas instituições, além de buscar aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuário; as relações dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade [3]. Uma equipe de saúde despreparada e em desacordo quanto à compreensão dos aspectos emocionais dos pacientes pode acarretar sérios danos ao doente, retardando a sua recuperação [4].

Afinal, perceber o outro requer atitude profundamente humana [5]. Reconhecer e promover a humanização demanda esforço para rever atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o cuidado do paciente. Assim, a humanização supõe troca de saberes, diálogo entre os profissionais e modelo de trabalho em equipes interdisciplinares, sustentando a produção em grupo.

O presente estudo investigará o acolhimento, a ambiência, e a atenção especializada oferecidos ao portador de doença infecto-contagiosa, internado em hospital. Especificamente, tem como objetivo analisar o ambiente hospitalar e as inter-relações com a equipe de saúde, com os quais convivem estes pacientes.

Justifica-se o estudo pela valorização de abordagem integral da saúde, a qual requer que os profissionais revejam suas atitudes e concepções, excessivamente centradas em um enfoque biomédico.

No caso de doenças infecto-contagiosas o trabalho da equipe multiprofissional ainda se apresenta com respostas de caráter informal, dependentes de iniciativas de cunho pessoal e motivadas por sentimentos compassivos. Requer avanços no diálogo, que garanta e estimule uma crescente integração entre as finalidades técnicas do trabalho e os projetos de vida dos usuários. Projetos de ação de equipe assumidos enquanto processos de construção dinâmica, coletiva e participativa que supõem estabelecer um ambiente de cuidado humano, uma cultura de respeito e valorização não da doença, mas do ser humano que adoece e do ser humano que cuida, contemplando uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto [6,7].

Convém destacar, por fim, que o cenário da atenção ao indivíduo doente mudou em 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), direcionado para o direito à saúde de toda a população por meio de políticas públicas. A partir de então, novas estratégias surgiram para aperfeiçoar o atendimento às necessidades do usuário, ou seja, humanizar a assistência à saúde.

Material e métodos

Foi realizada pesquisa descritiva e exploratória, utilizando formulário semi-estruturado com questões abertas e fechadas, aplicado individualmente a pacientes de ambos os sexos, internados em um hospital da cidade de Curitiba, estado do Paraná, independente da faixa etária e Código Internacional de Doenças (CID), com no mínimo cinco dias de internação e em condições cognitivas. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados durante fevereiro a março de 2009, em local com privacidade, e as questões respondidas pelos próprios entrevistados.

A instituição, cenário da pesquisa, presta atendimento clínico e serviços de Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. É capacitada para prestar atendimento exclusivo aos pacientes com doenças infecto-contagiosas, dentre elas: AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), tuberculose, hepatite, herpes zoster, meningite, entre outras. São internados pacientes de várias faixas etárias, de ambos os sexos, pelo SUS e, na sua maioria, procedentes de Curitiba e região Metropolitana. A instituição possui um total de 27 leitos com enfermarias conjuntas: 02 enfermarias com 06 leitos e 05 enfermarias com 03 leitos.

Resultados e discussão

A amostra do estudo foi de 42 pacientes, sendo 45% da faixa etária entre 30 a 40 anos e 33% entre 40 a 50 anos, 52% do sexo masculino e 93% com diagnóstico HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivo.

Tabela I - Opiniões dos entrevistados sobre a admissão no hospital. Curitiba, 2009.

Questões	Conceitos (%)			
	Péssimo	Ruim	Bom	Ótimo
Atendimento pela recepção	0	19	17	64
Consulta para internamento	0	24	12	64
Suporte da equipe ao internamento	0	5	24	71
Respeito à privacidade	14	14	22	50
Oportunidade de expressar sentimentos	2	12	31	55

No que se refere ao atendimento na admissão, 60% considerou ótimo; e com relação à privacidade, 50% não a consideram plenamente respeitada.

A admissão é a porta de entrada de um serviço de saúde e é fundamental que o atendimento, a consulta, o suporte da equipe, a privacidade e a expressão de sentimentos sejam valorizados para a continuidade do tratamento ao longo da internação. Em especial, chama a atenção o fato de os pacientes referirem, em 50% dos casos, a falta de privacidade.

A Cartilha de Ambiência HumanizaSUS (2008) cita que a privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente, com uso de divisórias ou até mesmo cortinas e elementos móveis, que permitam ao mesmo tempo a integração e a privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando o atendimento personalizado [8].

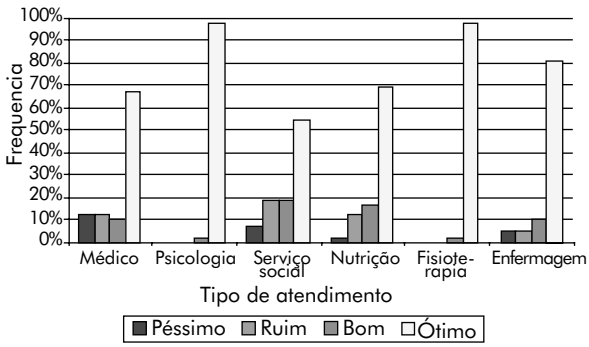
Outro ponto a considerar é a expressão de sentimentos, também referida negativamente por 45% dos pacientes. É preciso lembrar que se trata da admissão de pessoas com doenças infecto-contagiosas e, na sua maioria (93%) com AIDS, cuja evolução pode ter conseqüências que levam à morte, sendo assim a recepção e/ou acolhimento precisa, requer e necessita que emoções e sentimentos sejam valorizados e respeitados, ou seja, a humanização começa pela recepção. Nesse sentido, a humanização deve iniciar com a chegada do paciente, acompanhante ou visitante ao hospital [9].

Trata-se aqui de qualidade da interação profissional, definida como a capacidade de se criar uma relação de cooperação e o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e pacientes para melhores níveis de adesão ao tratamento de doenças. Em estudo, portadores de AIDS relatam sobre a complexidade do tratamento, os efeitos colaterais como náuseas, enjôos e mal-estar, bem como as dificuldades de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. Nestes casos, a postura de acolhimento facilitará o atendimento de demandas específicas e a participação do paciente no planejamento e decisão acerca do seu próprio tratamento [10].

Com relação ao acolhimento dado pelos serviços médicos, de nutrição e serviço social, 11% dos pacientes, em média, o consideraram entre péssimo e ruim. A relação médico-paciente vem ao longo do tempo sofrendo mudanças e até perdendo algumas

de suas características fundamentais, como a humanização, a ética e a comunicação.

Gráfico I - Acolhimento pela equipe de saúde do hospital. Curitiba, 2009.



Especificamente sobre o serviço de nutrição, destaca-se que na instituição estudada há quadro reduzido, dificultando assim a inter-relação com os outros profissionais da equipe e com os pacientes. Outro aspecto refere-se à necessidade de dietas especiais que nem sempre agradam aos pacientes, o que repercute na aceitação e estima pelo nutricionista. Já o serviço social tem árdua tarefa nos serviços em saúde, pois nem sempre é possível auxiliar e colaborar com as necessidades sociais de pacientes e familiares.

Talvez se possa inferir que a alta aprovação (98%) para os serviços de psicologia e fisioterapia se deva ao acolhimento e atenção personalizada que oferecem aos pacientes. O mesmo ocorre com a equipe de enfermagem, com 80% dos pacientes considerando ótima.

Diante dos resultados da atuação da equipe multiprofissional, mencionada pelos pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, destaca-se que a complexidade do objeto da saúde exige organização da atenção e envolve distintos profissionais das diversas disciplinas complementares do campo da saúde.

Sendo assim, cabe defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais agem, incluindo sua capacidade de escuta, de forma a permitir a apreensão de necessidades. Ainda, diante de inúmeros problemas de condições de trabalho e ambiente, o desenvolvimento de inovações pautadas por ações de solidariedade, de cooperação e apoio mútuo tendem a se estabelecer, tornando-se o ponto de partida para renovação dos modelos e práticas de atenção e cuidado a saúde [11].

Tabela II - Resultados referentes ao conforto dos pacientes nas enfermarias. Curitiba, 2009.

Questões	Conceitos (%)			
	Péssimo	Ruim	Bom	Ótimo
Como você considera a acomodação da enfermaria	5	10	18	67
Como considera a roupa de cama, pijamas, toalha de banho do hospital	0	10	10	80
Como você considera as refeições	0	12	12	76
Como você tolera a medicação prescrita	5	29	21	45

O conforto nas enfermarias foi considerado por 67% dos entrevistados como ótimo. As refeições são aceitas por 76%, e tidas como ótimas; e 80% dos entrevistados manifestaram-se de forma positiva em relação às roupas de uso hospitalar. No entanto, a tolerância à medicação obteve 55% de respostas, o que, provavelmente, significa a presença de efeitos colaterais mais ou menos suportáveis, tais como náuseas, vômitos, diarréia, reações cutâneas, cefaléia, entre outras.

A partir de 1996, com o advento de novas classes de ARV – inibidores da protease e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídios – foi possível alcançar, mediante a terapia anti-retroviral combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART), êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo HIV. Contudo, há dificuldades de adesão, pois alguns medicamentos precisam ser ingeridos com alimentos, outros em jejum, ou em seqüências temporais combinadas com outros medicamentos, o que exige organização e compromisso do paciente em relação ao seu tratamento. Em relação à presença de efeitos colaterais, tomar a medicação pode representar uma situação aversiva por causa da ocorrência de conseqüências adversas e desconfortáveis. A ocorrência de lipodistrofia, por exemplo, constitui-se em grande desafio, tanto para as pessoas HIV positivo quanto para as equipes de saúde [10].

Nos esclarecimentos das dúvidas, os profissionais que mais se destacaram foram: psicologia 100%, fisioterapia e nutrição 98%. Os que menos se destacaram, com avaliações péssima e ruim foram: 38% ao médico, 19% ao serviço social e 15% à equipe de enfermagem.

Tabela III - Dados referentes ao auxílio nas dúvidas por profissionais. Curitiba, 2009.

Profissional	Conceitos (%)			
	Péssimo	Ruim	Bom	Ótimo
Médico	17	21	12	50
Psicologia	0	0	0	100
Serviço Social	7	12	17	64
Nutrição	0	0	2	98
Fisioterapia	0	0	2	98
Enfermagem	10	5	14	71

O trabalho em equipe significa um trabalho conjunto, ou seja, todos falando a mesma língua, todos compreendendo a importância e reconhecendo o papel de cada um, seja médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, ou outro profissional. Tendo sempre em mente o paciente e suas necessidades, a equipe de saúde poderia colaborar para que as dúvidas destes fossem totalmente esclarecidas, utilizando sempre uma linguagem simples e clara [12].

Com relação à importância da participação da família e/ou amigos no tratamento, 61% consideram como ótima. Esse resultado reafirma o pressuposto de que a participação de entes queridos reflete positivamente no tratamento de doenças. A inserção da família no tratamento do paciente ajudará e será de fundamental importância no processo de cura ou, em outros casos na compreensão e aceitação de seu estado [12].

Ficar longe da família, dos amigos, do trabalho, foi considerado frustrante e triste por 52% dos entrevistados; para 45% ficar muito tempo dentro da enfermaria (no leito) é entediante; e o mau humor dos profissionais aborrece 43% deles.

Chama a atenção na Tabela IV o fato de 83% das respostas dos pacientes entrevistados referirem não terem apreensão e medo relacionado à piora ou a morrer no hospital. Supomos que tal situação se deve às suas baixas condições sociais e econômicas, que os levam a considerar o ambiente hospitalar mais seguro e confortável que aqueles em que vivem.

Considerando que 93% dos entrevistados são doentes de AIDS, destaca-se que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil tem uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos. De 1980 a junho de 2007 foram notificados 474.273 casos de AIDS no Brasil, sendo 89.250 no Sul, porém os últimos anos são marcados pelo processo de interiorização e pauperização da epidemia, com mais casos notificados entre as camadas desfavorecidas, com base exclusivamente no fato de haver aumento do número de novos casos de AIDS entre estratos sociais mais pobres, e também dos estratos sociais de maior escolaridade para os menos escolarizados [13,14].

Tabela IV - Opiniões dos entrevistados sobre situações que lhes causam sentimentos de desprazer no ambiente hospitalar. Curitiba, 2009.

Questões	Conceitos (%)			
	Intenso	Moderado	Leve	Sem estresse
Ficar longe da família/amigos/trabalho	52	29	7	12
Ficar muito tempo dentro da enfermaria (no leito)	45	21	14	19
A família não poder trazer comida	29	19	19	33
Não ter o que fazer – nenhuma atividade	24	21	10	45
Tempo demasiado com os outros doentes	26	33	5	36
O horário de desligar a TV	19	14	26	40
Mau humor dos profissionais	43	29	12	17
Piora ou morte de um doente	26	17	10	48
Piorar e, ou morrer no hospital	0	0	17	83

Diante deste cenário de epidemia, a presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, que desperta sentimento de confiança e solidariedade, pode criar uma rede de construção permanente de laços de cidadania, de um modo de perceber cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas [15].

Em relação às outras questões da mesma tabela, a intensidade do desprazer é visível e preocupante; trata-se de situações comuns em ambiente hospitalar, no entanto a humanização tem requerido que se procure minimizar ao máximo as condições que levam o paciente ao sofrimento. Algumas sugestões para minimizar poderiam ser: ampliar o horário de visitas; estimular aqueles que podem sair do leito

a deambular até o pátio; orientar os pacientes e familiares sobre os riscos de alimentos vindos de fora; solicitar atividades com a terapia ocupacional e musicoterapia, para diminuir o tempo ocioso e promover ações educativas e recreativas; isolar os pacientes terminais e, em caso de falecimento, reunir os pacientes e conversar sobre o fato ocorrido.

Tabela V - Dados sobre as atividades dos pacientes para ocupar o tempo ocioso. Curitiba, 2009.

Tipo de atividade	%
Permanece no leito	57
Anda no pátio	31
Assiste à TV	17
Conversa	17
Fuma	17
Dorme	14
Lê	14
Outros	12

Os dados obtidos sobre atividades desenvolvidas para ocupar o tempo ocioso revelam que 57% dos entrevistados permanecem no leito e 31% dos que deambulam sem dificuldades andam no pátio – quando autorizados.

Essa tabela mostra quão pequena são as oportunidades e as opções aos pacientes de ocupar seu tempo. São atividades monótonas e provavelmente bem repetitivas. Talvez fosse importante rever essa situação, considerando que o tempo de internamento na instituição pode ser longo, acrescido do agravamento da doença.

O fato de o paciente ficar muito tempo no leito pode agravar sua condição física e psicológica. Oportunizar jogos (recreações), trabalhos manuais, artesanais, realizados preferencialmente na parte externa do hospital (pátio), poderia ajudar significativamente no seu estado emocional. Como 31% apreciam andar no pátio, esta seria uma boa oportunidade de realizar ações de socialização, inclusive com os familiares.

Ainda, na entrevista, 67% dos pacientes referiram que o tempo ocioso interfere na sua recuperação. Entendemos que o ambiente de internação requer silêncio, repouso, tranqüilidade, no entanto precisa haver equilíbrio para que não se torne restritivo e entediante. Talvez se pudesse, em outro estudo, coletar informações junto aos pacientes sobre as maneiras, estratégias e ações que poderiam ocupar o seu tempo sem riscos à sua saúde e seu bem estar.

Tabela VI - Formas que o tempo ocioso afeta a recuperação. Curitiba, 2009.

Forma de afetar a recuperação	%
Provoca ansiedade/angústia	24
Desejo de fumar mais	10
Preocupação com a doença e recuperação	10
Maior irritação	5
Sensação que o tempo não passa	5

Para 24% dos entrevistados o tempo ocioso provoca ansiedade/angústia; para 10%, mais vontade de fumar, como também maior preocupação com a doença e a sua recuperação; para 5% provoca irritabilidade mais acentuada e sensação de tempo que não passa.

Cabe, nesta situação, a participação da equipe de saúde contribuindo com o enfrentamento da doença, com reforços positivos e criativos que auxiliam sobremaneira a vontade, a determinação e a segurança de pacientes. Estudo sobre qualidade de vida de pacientes com AIDS mostra que o caráter de cronicidade prevê o seguimento a longo prazo e acarreta a necessidade de avaliação e acompanhamento dos aspectos psicossociais. Como tal é preciso subsidiar continuamente a estruturação de serviços com a associação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico, percepção positiva de vida e atendimento seguro de demandas médicas evitando o isolamento social, a restrição dos relacionamentos interpessoais e as dificuldades no campo afetivo que possam surgir no contexto de vida dessas pessoas [16].

Os dados da pesquisa revelam ainda que 73% dos entrevistados não têm queixas com relação aos ruídos e para 27% os ruídos causados precisam ser suavizados, pois estes são contínuos e diuturnos, como exemplo o ruído da lavanderia, com seus maquinários e centrífugas.

Ruídos em ambiente de trabalho são comuns, no entanto seria prudente cuidar com o volume, pois em especial a instituição em estudo é construção antiga, na qual os ruídos fazem eco e soam mais alto pela altura e largura de corredores e quartos.

Estudos têm mostrado que a equipe hospitalar deve estar consciente do ruído e dos efeitos deste, para que possa atuar de maneira mais efetiva na redução da poluição sonora, beneficiando assim a função laborativa dos profissionais e recuperação dos pacientes. Embora sejam muitas as fontes produtoras de ruído excessivo, estas precisam ser melhor identificadas para que possam ser tomadas as devidas

medidas para atenuação desse ruído e tornar esse ambiente um local mais silencioso [17,18].

Conclusão

O trabalho objetivou identificar e interpretar as possíveis situações de ambiente e de inter-relações que interferem no tratamento do paciente com doenças infecto-contagiosas. Os resultados apontaram para o fato de haver pouca atividade educativa ou lúdica na instituição, considerando que são pacientes que têm períodos longos de internação.

Compreender estas atividades em ambiente hospitalar propiciariam estratégias de implementação de espaço mais adequado e agradável. Nesse sentido, os resultados deste estudo serão apresentados à direção do hospital, com sugestões de como aproveitar o tempo livre dos pacientes com o desenvolvimento de ações de musicoterapia e terapia ocupacional. Pretende-se, também, que os pacientes participem ativamente do processo de seleção de atividades, pois devem se sentir envolvidos.

A busca de soluções às situações que tornem o ambiente o mais agradável possível é contínua; afinal não conhecê-las dificulta a atuação profissional específica, que é a chave para a humanização, favorecendo também a melhor evolução do paciente. Nesse mesmo alinhamento, os entrevistados sentem-se bem na presença da família, logo, percebe-se a necessidade do envolvimento desse grupo social por meio de assistência educacional, imprescindível na determinação do equilíbrio físico e mental dos pacientes.

Por fim, é de responsabilidade da gestão de serviços de saúde hospitalar a criação de condições que respeitem o direito das pessoas a um ambiente humano propício a viver com dignidade, aos profissionais cabe a solidariedade e sensibilidade de atuar de maneira digna, respeitando seus direitos em assistência humanizada e ética.

Referências

1. Bess d'Alcântara E. Criança hospitalizada: o impacto do ambiente hospitalar no seu equilíbrio emocional. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde 2008;6(3):38-55.
2. Ministério da Saúde. AIDS no Brasil. AIDS em números. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
3. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Angerami-Camon VA. O doente a psicologia e o hospital. São Paulo: Pioneira; 2001.
5. Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão ética. Rev Latinoam Enfermagem 2006;14(1):132-5.
6. Oliveira LA, Landroni MAS, Silva NEK, Ayres JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva 2005;10(3):689-98.
7. Backes DS. A construção de um espaço dialógico-reflexivo, no contexto interdisciplinar, com vistas à humanização do ambiente hospitalar. Texto & Contexto Enferm 2005;14(3):435-6.
8. Ministério da Saúde. Cartilha de ambiência – HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
9. Dias NM. Humanização hospitalar: a atenção à recepção. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde 2007;3(6):30-7.
10. Seidl EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Cad Saúde Pública 2007;23(10):2305-16.
11. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Saúde Soc 2004;13(3):5-15.
12. Fones AFPN. Propostas para uma melhor adaptação do paciente ao meio hospitalar. Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde 2009;4(8):12-7.
13. Ministério da Saúde. AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
14. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública 2000;16(1):65-76.
15. Mota RA, Martins CGM, Veras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. Psicol Estud 2006;11(2):323-30.
16. Seidl EMF, Zannon CMLC, Troccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Psicol Reflex Crit 2005;18(2): 188-95.
17. Otenio MH, Cremer E, Claro EMT. Intensidade de ruído em hospital de 222 leitos na 18ª Regional de Saúde - PR. Rev Bras Otorrinolaringol 2007;73(2):245-50.
18. Pereira RP, Toledo RN, Amaral JLG. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. Rev Bras Otorrinolaringol 2003;69(6):766-71.

Artigo original

O significado da maternidade e seus reflexos para o processo de vida da adolescente-mãe

Elisa Pacheco*, Clara Andréia*, Juliana Lacerda*, Aline Ramos de Carvalho Pinto, M.Sc.**, Verônica Caé da Silva***

**Enfermeiras, graduadas na Universidade do Grande Rio (Unigranrio), **Docente da Escola de Ciências da Saúde da Unigranrio, Enfermeira da Clínica Cirúrgica do HEAPN ***Especialista em Saúde Coletiva, Residência em Saúde do adolescente pela UERJ, Docente da escola de Ciências da Saúde da Unigranrio*

Resumo

Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa que tem como objetivos: conhecer o significado da maternidade para a adolescente e identificar as mudanças na vida da adolescente advindas da maternidade. As depoentes foram adolescentes primíparas, selecionadas no alojamento conjunto de um hospital público de emergência do Rio de Janeiro. A entrevista foi realizada através de visita domiciliar previamente agendada, no período de pós-parto tardio. Com base na análise de conteúdo, o agrupamento das informações deu origem a três categorias temáticas: 1) O significado da maternidade – para as depoentes a maternidade é permeada pela relação de afeto e apego entre o binômio mãe-filho, fazendo parte desta fase a maternagem; 2) Mudanças na adolescência geradas pela maternidade – reconhecem que a maternidade acarreta mudanças em sua vida, em virtude das exigências incorporadas; 3) A relação de afeto presente no binômio mãe-filho – torna-se evidente a relação prazerosa desencadeada pelo contato mãe-bebê, apontando um precoce amadurecimento para assumir o cuidado do filho a partir da presença do concepto. Sendo assim, reconhecemos que os aspectos subjetivos da maternidade para estas adolescentes contribuirão para um direcionamento na assistência a estas mulheres.

Palavras-chave: adolescente, gravidez, afeto, enfermagem.

Abstract

Motherhood meaning and changes in adolescent mother's life

The objective of this descriptive exploratory study with qualitative approach was to know the meaning of motherhood for adolescent girl and identify changes in the adolescent mother's life. The participants were primiparous adolescents and were selected from a rooming-in of an emergency public hospital of Rio de Janeiro. The interview was conducted through domiciliary visits which were scheduled in advance, during late post-partum. Based on content analysis, the data resulted in three thematic categories: 1) The meaning of motherhood – for the adolescent mothers, motherhood is expressed with feelings and affection between mother and child, which is called mothering; 2) Changes in adolescence due to motherhood – they recognize that motherhood means changes in their life, as new demands are incorporated; 3) The mother and son affection – it is clear the pleasant mother-infant relationship, showing an early maturity to take care of the child. Thus, we recognize that the subjective aspects of motherhood for these young people will help to manage the care of these women.

Key-words: adolescent, pregnancy, affection, nursing.

Artigo recebido em 20 de julho de 2009; aceito em 10 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Aline Ramos de Carvalho Pinto, Rua Entre Rio, 125, Gramacho, 25035-400 Duque de Caxias RJ, E-mail: wilbapinto@ig.com.br

Resumen

El significado de maternidad y sus reflejos para el proceso de vida de la madre adolescente

Estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo que tiene como objetivos: conocer el significado de la maternidad para la adolescente e identificar los cambios en la vida de las madres adolescentes. Participaron en entrevistas adolescentes primíparas seleccionadas de un alojamiento conjunto de un hospital de urgencias público de Rio de Janeiro. Las entrevistas fueron realizadas durante visita domiciliaria programadas con antelación, en el periodo posparto. Basado en el análisis de contenido, el agrupamiento de datos dio lugar a tres categorías temáticas: 1) El significado de la maternidad – para las madres adolescentes es la relación de afecto y apego entre la madre y el niño, que hace parte de la etapa maternaje; 2) Cambios en las adolescentes a consecuencia de la maternidad – reconocen que la maternidad implica cambios en su vida, en virtud de las exigencias incorporadas; 3) La relación de afecto madre-hijo – es evidente la sensación agradable originada por el contacto madre-hijo, lo que indica una madurez temprana para cuidar al niño en la presencia del concepto. Por lo tanto, reconocemos que los aspectos subjetivos de la maternidad para estas adolescentes jóvenes ayudaran a orientar la asistencia a esta mujer.

Palabras-clave: adolescente, embarazo, afecto, enfermería.

Introdução

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta caracterizada por alterações físicas, psíquicas e sociais. Essas alterações são acompanhadas pelas mudanças comportamentais e pela construção dos papéis sociais, constituindo os processos inerentes a evolução de cada ser, na qual a consolidação do crescimento e do desenvolvimento dos indivíduos como cidadãos culminam com a conquista dos direitos e deveres dentro da sociedade.

A responsabilidade para assumir seus atos e a possibilidade de se projetar socialmente não é determinada por uma idade cronológica, mas pelo desenvolvimento da maturidade psicossocial, que é influenciada pelo contexto no qual o adolescente está inserido.

Dentre a diversidade das transformações associadas ao processo de desenvolvimento social e corpóreo, caracterizado pela adolescência, destacamos a sexualidade aflorada, potencializada pela explosão dos hormônios sexuais que contribuem para a aproximação dos sexos opostos, e conseqüentemente para a iniciação da vida sexual.

Durante as atividades acadêmicas de ensino da prática clínica na disciplina de Saúde da Mulher III, desenvolvidas em um hospital estadual do Rio de Janeiro, tido como referência para o atendimento a gestantes de alto risco, foram desenvolvidas diversas atividades, entre as quais, prestar assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, desde sua admissão no início do trabalho de parto, passando pela evolução das diferentes etapas clínicas até o puerpério. Nesta atividade prática, o elevado número de gestantes adolescentes, entre 12 e 19 anos, que davam entrada no hospital chamou nossa atenção, de modo que, quando realizávamos o atendimento admissional a estas pacientes, freqüentemente constatávamos a inexistência do acompanhamento pré-natal.

De modo empírico, buscávamos as razões pelas quais estas adolescentes não se dirigiam ao serviço de saúde a fim de buscar informações e realizar o acompanhamento da gestação. Dentre os possíveis fatores, percebíamos que, na maioria dos casos, existia uma interdependência entre as condições de imaturidade, tanto para gerar quanto para conceber e, principalmente, para maternar.

Esta percepção corrobora com os diferentes estudos que já observaram os diversos riscos da gestação na adolescência, principalmente aqueles relacionados aos aspectos anátomo-fisiológicos, além dos fatores inerentes a imaturidade para identificar o novo papel social e assumi-lo, o que justificaria a fuga imediata durante a constatação da gravidez e a aceitação tardia do ser concebido.

Desta forma, podemos verificar a validade dos estudos que propuseram que a maternidade não se vincula apenas às atividades de zelar pela saúde corpórea dos próprios filhos, sendo também responsável pelo processo educacional destes indivíduos dependentes, e que a gravidez na adolescente provoca diversas emoções contraditórias, de forma que a aceitação desta gestação será o diferencial no processo de maternagem [1].

"A maternagem é a relação de apego entre mãe e bebê, interação entre dois seres unidos fisicamente e afetivamente" [1]. Por outro lado, Winnicott afirma que "o conceito de maternagem pode ser compreendido como o conjunto de cuidados dispensados ao bebê que visa suprir suas necessidades" [2].

O sentimento de maternidade, desenvolvido diferentemente por cada grupo social, em momentos diferentes, transcende as questões biológicas, impondo interações com os aspectos culturais desta mãe adolescente, e gerando alterações na construção das relações afetivas entre mãe e bebê, ainda que as questões da maternagem perpassem, de formas aleatórias, pelo processo de desenvolvimento da maternidade.

Julgamos importante identificar a capacidade da adolescente-mãe reconhecer esta relação de apego e interação como parte da maternidade.

A partir destas considerações surgiu o interesse em investigar o significado da maternidade e seus reflexos para o processo de vida da adolescente-mãe.

Elegemos como objetivos:

- Conhecer o significado da maternidade para a adolescente.
- Identificar as mudanças reconhecidas pela adolescente advindas da maternidade.
- Apresentar reflexões sobre os cuidados de enfermagem a serem prestados às adolescentes gestantes, que favoreçam ao processo de vida da adolescente.

Material e métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa descritiva do tipo exploratória. As abordagens qualitativas abarcam a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturistas [3].

De acordo com Minayo, a pesquisa qualitativa surge diante da impossibilidade de investigar e compreender, por meio de dados estatísticos, alguns fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade. Está direcionada para a investigação dos significados das relações humanas, em que suas ações são influenciadas pelas emoções e/ou sentimentos aflorados diante das situações vivenciadas do dia-a-dia [4]. O cenário do estudo foi um hospital de grande porte situado no município de Duque de Caxias, administrado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES), sendo referência para o atendimento ao trauma e maternidade de alto risco. A escolha se deu pela proximidade das pesquisadoras com a referida instituição, que serviu de campo para estágio acadêmico.

Os sujeitos do estudo foram mães adolescentes (mulheres entre 12 e 18 anos de idade), primíparas, considerando que vivenciaram pela primeira vez a maternidade, sem influência de experiências anteriores. Determinamos como critério de exclusão, as adolescentes que sofreram a interrupção do processo da maternidade (natimorto e neomorto), e/ou que desenvolveram algum distúrbio psicológico pós-parto.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturado e, as entrevistas foram gravadas em MP3 e transcritas pelas autoras. Essa entrevista requer a elaboração de questionamentos básicos, apoiados nas questões e teorias descritivas no estudo, de forma a oferecer um amplo campo de interrogativas, que surgem à medida que se recebe as informações do sujeito da pesquisa [5].

Os dados foram coletados durante a visita domiciliar (VD) ocorrida no segundo semestre de 2008. A seleção das depoentes foi realizada junto ao setor alojamento conjunto da referida instituição, onde foram previamente agendadas (data e hora) as VD's com os sujeitos.

A coleta de dados foi realizada com 7 mães no puerpério tardio, entendendo que neste período a adolescente já se apresenta inserida no contexto da maternidade.

Respeitaram-se os princípios ético-legais, sendo o estudo submetido à aprovação do Comitê de Ética da Unigranrio, incluindo solicitação de consentimento a instituição e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelas depoentes de acordo com a resolução 196 de 10 de outubro de 1996.

Após a transcrição das entrevistas, as informações foram submetidas a leituras intensivas, e a análise de dados foi realizada por ensaios categóricos, com base na análise de conteúdo. Por meio da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação. Este tipo de análise também permite "a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado" [6].

Cabe ressaltar que os nomes das entrevistadas foram substituídos por codinomes de flores, de forma aleatória, com o propósito de garantir o seu anonimato.

Resultados e discussão

1ª categoria: o significado da maternidade

Quando interrogadas sobre o que é ser mãe, as entrevistadas apresentam em seus discursos um sentimento de maternagem como parte da maternidade, prevalecendo a relação de amor, afeto e apego, ou seja, o vínculo do binômio mãe-filho se mantém presente.

> "[...] é uma coisa inexplicável porque o amor que agente sente pelo nosso filho é diferente de qualquer outra coisa." (Azaléia)
> "[...] ser mãe, pra mim é um ato de amor, carinho e muita responsabilidade." (Lírio)
> "[...] é uma experiência muito importante que houve na minha vida, uma coisa muito especial." (Orquídea).

Percebe-se um despertar do instinto materno, a maternidade embutida de maternagem exige inúmeros aprendizados, pois neste sentido encontra-se implícito o significado de cuidar, requerendo zelo, afeto, projeção, e para que este vínculo mãe-filho ocorra primeiramente, faz-se necessário assumir o seu novo papel de mãe, pois isto favorece a fase de adaptações, e o aprendizado para cuidar da criança. A capacidade para cuidar pode ser desenvolvida, despertada ou inibida através da experiência educacional. Consideramos que a fase de apego e afeto desenvolvidos na relação mãe-filho, a partir do conhecimento do ser que cuida para o ser que é cuidado, pode influenciar positivamente para o processo de maternagem [7].

Castro [8] acredita que o "amadurecimento precoce" da mãe–adolescente sofra influência de experiências diferentes de vida que vão se alinhavando no decorrer do processo de desenvolvimento, o que de certo modo foge aos preceitos descritos nas teorias psicológicas da adolescência. Considera-se que esta maturidade tenha influência dos fatores ambientais e sócio-culturais que essas jovens estão inseridas.

Acreditamos que todos esses aspectos são relevantes no processo da maternagem, considerando também as experiências vividas, os aspectos sócio-culturais, os familiares e os ambientais em que as adolescentes encontram-se inseridas, e que a relação do binômio mãe-filho é influenciada pela aceitação desta mulher ao seu novo papel.

Contudo podemos identificar em alguns discursos a sobrecarga gerada pela maternidade na adolescência.

> "[...] é um pouco mais de estresse, um pouco. Ah! Ser mãe dá trabalho mesmo, criança é cuidado, é difícil, ainda mais eu, que sou inexperiente. Primeiro filho é difícil." (Violeta)
> "É ser duas em uma." (Flor do Campo)

Tornar-se mãe é, para a adolescente, um grande desafio, principalmente por ser uma fase carregada de transformações e instabilidades; transformações que se voltam para as mudanças de atitudes, de comportamentos, de relação, e ainda sob os reflexos da gestação no seu corpo em transformação, e instabilidades geradas pelas responsabilidades imputadas a esta adolescente a fim de garantir o cuidado com o seu filho, sendo que na maioria dos casos, ela assume a criação da criança sem a presença da figura paterna.

Evidentemente, a situação vivenciada pelas adolescentes é sustentada pelo nível de ansiedade, sentimentos de impotência e até mesmo imaturidade, relacionado à inexperiência do cuidado, pois, a mãe foi promovida à "grande responsável" pela felicidade de seu rebento [1].

Nesse sentido Andrade [9] salienta que "(...) as mães-adolescentes se sentem cada vez mais exigidas e mais cansadas, porque grande parte de seu tempo é direcionado aos cuidados do bebê. O cansaço acumulado, por vezes, dificulta o cuidar e esta dificuldade geralmente está relacionada ao fato de acordar de madrugada para amamentar e trocar o bebê." Isto se torna evidente no discurso de Lírio, transparecendo um sentimento de impaciência da mãe-adolescente pelas solicitações freqüentes do recém-nascido, o que lhe causa cansaço mental e físico.

2ª categoria: mudanças na adolescência geradas pela maternidade

As mães adolescentes foram unânimes ao apontarem as mudanças geradas pela maternidade, ora referindo-se a sua vida social e de relação, ora a responsabilidade imposta pela maternidade, exigindo a maturidade.

> "[...] mais responsabilidade, maturidade, mais ordem na minha vida, mais importância." (Orquídea)

> "[...] houve tudo, não posso sair, não posso mais me divertir, não posso nada, é porque agora tenho filho, tenho que ficar cuidando dele direto." (Margarida)
> "[...] As pessoas cobram mais, antigamente ninguém me cobrava nada, agora me cobram, se faço alguma coisinha errada, já falam que vou dar mau exemplo pro meu filho." (Violeta)
> "[...] minha mãe sempre me tratou com bastantes mordomias, algumas coisas mudaram, as coisas que ela deveria comprar pra mim, ela começou a comprar para meu filho, não conseguia dormir direito, evitava de sair. Infelizmente as amizades mudaram bastante." (Lírio)
> "[...] saía muito, hoje em dia vivo só pra minha filha, não saio, abri mão de muitas coisas pra viver só para ela." (Flor do Campo)

Nos discursos, por vezes, identificamos uma "responsabilidade" imposta por outras pessoas, em outros momentos, as mudanças ocorridas são advindas da maturidade e do reconhecimento em assumir seu novo papel. Embora as mães adolescentes reconheçam as mudanças geradas pela maternidade, o comportamento de aceitação, negação, ou revolta terá influência de todo o contexto vivido, e suas características pessoais.

Para Meleis [10], a adolescência e a gestação são vistas como eventos de transição, e que comumente desencadeiam uma crise existencial na vida das pessoas. A mesma autora considera que a adolescente puérpera encontra-se em uma mediação entre assumir o novo papel e adaptar-se a ele, está em transição. Para evoluir de um estado a outro necessita o envolvimento e suporte de todos os envolvidos, em especial da família, por ter maior afinidade ou significantes, pessoa próxima em quem deposita confiança e tem alianças afetivas, para que juntos possam enfrentar esse período de transição.

Sendo assim, identificamos que ocorreram mudanças significativas na vida das adolescentes após a gravidez, visto que sua rotina foi alterada devido à sua nova condição, que é ser mãe. De certo modo, ela vivencia uma dupla transição, a de ser adolescente, vivenciando um período de mudanças corporais e emocionais, e a de estar grávida, com a subseqüente maternidade, quando as mudanças se intensificam até a aquisição do seu novo papel, com as cobranças sociais derivadas desta situação.

Nazareth [11] descreve que

> "(...) a gravidez seria um período de crise normal de desenvolvimento, é claro se ocorresse no tempo certo e não num momento onde as soluções encontradas poderão culminar em uma maior maturidade ou então a um grau de desintegração, desorganização e desajustamento da personalidade. (...) o ser adolescente puérpera ao referir-se à transição situacional da ocorrência da gestação nessa fase da vida expressa como sendo um processo de significativas mudanças, as quais denotam uma ambivalência de sentimentos positivos e negativos. A vivência da gestação é tida como maravilhosa, prazerosa, de felicidade apesar de considerar-se muito jovem para essa experiência."

3ª categoria: a relação de afeto presente no binômio mãe-filho

Embora a gravidez das adolescentes entrevistadas não fosse planejada, observou-se a partir dos discursos que a presença do concepto desperta neste ser mãe o instinto maternal desenvolvendo o apego/afeto.

> "[...] não dou de mamar, mais eu gosto dos meus filhos, sinto uma coisa diferente. [...]" (Margarida)
> "[...] quando brinco com meu filho, eu me sinto muito feliz, uma coisa diferente, diferente mesmo, porque além de eu ser nova e ter essa experiência importante que vou ter que levar pro resto da minha vida. [...]" (Orquídea)

É notável a relação prazerosa desencadeada pelo contato mãe-bebê, existindo uma demonstração de apreço. Apesar do trabalho que demanda, as mães adolescentes mostram-se preocupadas e zelosas, sentem-se responsáveis em suprir as necessidades do recém-nascido, desenvolvendo um precoce amadurecimento para assumir o cuidado do filho.

Em um estudo realizado por Folle & Geibe [12] sobre a representação dos recém-nascidos pelas mães adolescentes, identificou-se que o recém-nascido representa para a mãe uma gama de sentimentos positivos, considerando-o a extensão da sua própria

vida, e é o responsável direto, tanto pela motivação renovada e pelo crescimento psicológico, quanto pelo processo de amadurecimento materno, que as faz perceber o compromisso da maternidade. O bebê é tido como fonte de felicidade, de amadurecimento saudável e de apropriação legítima.

Do mesmo modo, em pesquisa relatada por Mazzini [13], foi verificado que após o nascimento do filho, as adolescentes experimentaram uma multiplicidade de sentimentos. Quando abordadas sobre os sentimentos que emergiram no primeiro contato estabelecido com o bebê, a maior parte confirmou a prevalência de sentimentos positivos, sendo eles de alegria, de felicidade e de curiosidade. Porém, uma mãe relatou sentimento negativo de medo. Após a normalização do processo involutivo do puerpério, relataram a superação das suas dificuldades e perceberam a maternidade como sendo parte de suas vidas, confirmando, em seu discurso, o prazer de ser mãe.

Podemos destacar que esta prevalência de sentimentos positivos na relação mãe-filho no puerpério, pode ser dificultada em uma maternidade, devido ao curto espaço do tempo de permanência naquele ambiente, onde não seria possível interferir efetivamente sobre o despertar destes sentimentos durante a sala de admissão, o parto e até mesmo no puerpério. Compreendendo que esta relação positiva se desenvolve com a presença do recém-nato, por meio do contato, desencadeando afeto, zelo e apego, acreditamos que para favorecer o desenvolvimento instintivo da maternagem, os profissionais de saúde devem privilegiar a fase do apego, o mais precocemente possível, a fim de minimizar problemas relativos ao cuidado, tendo o medo como exemplo.

Apesar de a ambivalência de sentimentos, descobertas, dificuldades e aprendizados, desta nova fase, o sentimento positivo se sobrepõe, deixando transparecer sua felicidade e satisfação ao cuidar do filho.

Identificamos ainda que em alguns momentos, as mudanças impostas pelo papel de mãe podem despertar na adolescente uma relação de conflito.

> "[...] não vou falar que é raiva, sinto uma coisa muito boa porque é meu filho saiu de mim, dou carinho e tudo mais, mais a consciência pesa um pouco, porque sou nova e não era hora. [...]" (Lírio)

Podemos perceber que a gestação é vivida com intensa angústia e poderosos bloqueios afetivos, não tendo a gestante maturidade emocional para estabelecer um vínculo saudável com o bebê.

De acordo com o discurso observado, a adolescente-mãe manifesta uma relação de conflito diante de sua condição, associado à transição própria de sua fase como uma época de desordem e desequilíbrio, bem como de satisfação.

Para Zagonel *et al*. [14], a adolescência e a gestação são vistas como eventos de transição, dois momentos marcantes que podem desencadear uma crise existencial na vida do ser humano que a vivencia, são eventos marcados por períodos de euforia, deslumbramento e realização, como também ansiedade, desequilíbrio, estresse físico e emocional. Transitar rumo ao papel materno possibilita à adolescente transpor barreiras e momentos agradáveis, portanto, felizes, próprios da adolescência, simultaneamente a vivência de transição gestacional, para então assumir o papel materno.

Percebemos através desse discurso que a adolescente ama seu filho, contudo atravessa um momento de intensa angústia, em que faz uma análise desta condição gerada pela maternidade ocorrida de forma inesperada e imatura, evidenciando que, mesmo se projetando para a maternagem, a adolescente reconhece as mudanças impostas e, ainda assim, supera tensões que podem gerar conflitos psicossociais.

Não obstante, podemos inferir que o acompanhamento pré-natal exerce motivação preponderante para a consolidação da maternidade e a aceitação dos novos papéis sociais a serem desempenhados pela adolescente, bem como se torna fundamental para o desenvolvimento efetivo da maternagem nos momentos iniciais do puerpério.

Conclusão

Através deste estudo, em um pequeno universo, pudemos identificar que a maternidade impõe mudanças bio-psico-sociais na vida da adolescente, sendo estas reconhecidas pelas entrevistadas. Destacamos que o aspecto biológico é o menos relevante, tendo em vista que a ênfase concedida pelas adolescentes são as transformações sociais desencadeadas ao assumir o seu papel de mãe.

Deste modo, a maternidade desencadeia reações que podem se manifestar de formas diferentes, considerando a história de vida de cada adolescente, bem como a maturidade para vivenciar esta fase de

transição. Sob esta ótica, destacamos a importância do enfermeiro como o profissional que pode minimizar as dificuldades relativas a esta fase de adaptação, promovendo uma relação de vínculo e confiança com a adolescente e família durante a assistência prestada no ciclo gravídico-puerperal.

Ressaltamos que embora nos discursos se encontrem explícitos os conflitos psico-sociais vivenciados, é notável o sentimento maternal que aflora com a presença do concepto. Identificamos, ainda, que a capacidade para cuidar fora desenvolvida e despertada pela fase do afeto/apego, prevalecendo sentimentos positivos, na qual o contato mãe-bebê estabelece uma relação prazerosa.

Este estudo servirá de incentivo a novas pesquisas, tendo em vista a relevância de se considerar os aspectos subjetivos da maternidade para os familiares, sociedade e pelo profissional que presta o atendimento a esta adolescente no ciclo gravídico puerperal, reconhecendo que estes aspectos devem ser considerados para um direcionamento na assistência a esta mulher.

Acreditamos que a partir da valorização dos sentimentos e expressões destas adolescentes a enfermagem poderá atuar de forma mais eficiente, ampliando a sua abordagem além dos aspectos técnicos, e buscando contemplar as necessidades a partir de uma visão holística. Para isto se faz necessário a sensibilização do profissional, pois este poderá influenciar positivamente na relação de apego/afeto mãe-bebê.

Cabe ressaltar que a enfermagem é um facilitador no desenvolvimento da relação com a família, que apresenta um grande papel neste processo. Percebemos que através da confiança, segurança, estímulo, que são fatores que contribuem na construção de um ambiente favorável, se processa a base desta relação.

Referências

1. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
2. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
3. Wood GL, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
4. Minayo MCS, ed. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
5. Figueiredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. 2ª ed. São Paulo: Yendis; 2007.
6. Minayo MCS, Ed. Pesquisa social. Rio de Janeiro: Vozes; 2000.
7. Waldow VR. Cuidar/cuidador: o domínio unificador da enfermagem. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meye DE. Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Castro V. Considerações a respeito da adolescência [online]. [citado 2008 Out 4]. Disponível em URL: http//www.vaniadecastro.com.br.
9. Andrade PR. Superando dificuldades impulsionadas pela força do amor: a experiência da mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
10. Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 3 ed. Philadelphia: Lippincott; 1997. p.108.
11. Nazareth ER. O mito do amor materno. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
12. Folle E, Geib LTC. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(2):183-90.
13. Mazzini MLH. A construção da identidade materna na adolescente grávida [dissertação]. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
14. Zagonel IPS, Martins M, Pereira KF, Athayde J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério [online]. Revista Eletrônica de Enfermagem 2003;5(2):24-32.

Artigo original

Sistematização da assistência de enfermagem – proposta de diagnóstico de enfermagem específico para o paciente idoso com doença cardiovascular

Kelly Regina Lainetti*, Márcia de Fátima da Silva, M.Sc.**

*Enfermeira, Curso de Enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC),
** Enfermeira, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

Resumo

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, descritiva e exploratória, que teve como objetivo levantar os problemas de enfermagem dos pacientes portadores de patologia cardiovascular no intuito de descrever os diagnósticos de enfermagem específicos a esta população. Foram abordados 84 pacientes com idade igual ou maior de 60 anos e levantados os reais problemas de enfermagem apresentados nestes pacientes durante o período de janeiro a março de 2008. Os resultados foram analisados obtendo o levantamento de 23 diagnósticos específicos para esta população de acordo com os problemas encontrados**.** O estudo permitiu apontar algumas contribuições para a área assistencial por identificar os problemas e levantar os diagnósticos de enfermagem específicos a esta população, o que contempla a atitude do enfermeiro como instrumento na ação do cuidado ao paciente idoso.

Palavras-chave: idoso, doenças cardiovasculares, diagnóstico de enfermagem.

Abstract

Nursing assistance systematization – proposal of nursing diagnosis specific for the elderly patient with cardiovascular disease

This quali-quantitative study with exploratory and descriptive design aims at finding out nursing problems related to patients with cardiovascular pathology in order to describe specific nursing diagnosis for the elderly. From January to March 2008, 84 patients, aged 60 or more, were selected to search for real nursing problems with these patients. The results were analyzed and 23 specific diagnoses for this population were obtained. The study allows to point out some contributions to care area, identifying problems and finding out specific nursing diagnoses for this population and to consider the nurses attitude as instrument of care for elderly patients.

Key-words: aged, cardiovascular disease, nursing diagnosis.

Artigo recebido em 3 de agosto de 2009, aceito em 16 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Kelly Regina Lainetti, Rua Ricardo Vilela, 311 Penha 03642-010 São Paulo SP, Tel: (11) 6684-5895, E-mail: klainetti@hotmail.com

Resumen

Sistematización de la asistencia de enfermería – propuesta de diagnóstico de enfermería específico para el paciente mayor con enfermedad cardiovascular

Se trata de una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva y exploratoria, que tuvo como objetivo identificar los problemas de enfermería en los pacientes portadores de patología cardiovascular con la intención de describir los diagnósticos de enfermería específicos en esta población. Fueron abordados 84 pacientes de edad igual o superior a 60 años e identificado los problemas reales de enfermaría encontrados en estos pacientes durante el período de Enero a Marzo del 2008. Los resultados fueron analizados y se dieron a conocer 23 diagnósticos específicos para ésta población de acuerdo con los problemas encontrados. El estudio permitió aportar algunas contribuciones para el área asistencial al identificar los problemas específicos en ésta población, lo que contempla la actitud del enfermero como instrumento en la acción al cuidado del paciente mayor.

Palabras-clave: anciano, enfermedades cardiovasculares, diagnóstico de enfermería.

Introdução

O envelhecimento afeta todas as estruturas e funções do corpo caracterizando-se como um processo heterogêneo [1,2]. O organismo humano, desde sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento [3].

A gerontologia trata do processo de envelhecimento em seus aspectos preventivo, clínico, terapêutico, de reabilitação e de vigilância contínua. Enfoca a biofisiologia, a genética, a imunologia e o envelhecimento a níveis celular e subcelular. Para tanto existe ainda a gerontologia social que cuida das leis que protegem os direitos e deveres dos idosos [4]. A expectativa de vida do idoso no mundo está em constante crescimento. Tem-se verificado no Brasil nas últimas décadas, um decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade, o que tem proporcionado um aumento na população de faixa etária entre 60 anos ou mais [5]. A lei 5.145/04, baseada na Legislação Federal do Brasil e no Estatuto dos Idosos de 2004, considera idoso toda pessoa que se encontra na faixa etária a partir dos 60 anos [6]. Segundo o IBGE o número de idosos em 2000 era de aproximadamente 15 milhões, em 2025 há estimativas que este número alcance 34 milhões. Dados estatísticos apontam que no Brasil o aumento da população idosa, entre 1950 e 2025, crescerá mais 15 vezes [2,7-9]. Acredita-se que no ano de 2050 os idosos serão um quinto da população mundial [3].

As populações dos países desenvolvidos, que possuem expectativa média de vida de aproximadamente 77 anos, já estão apresentando curvas próximas do contorno retangular. Da mesma forma que nos países em desenvolvimento, com expectativa de vida de 67 anos, já está ocorrendo certa tendência a esta retangularização da curva embora distante do nível atingido pelo primeiro mundo [3]. Esse fenômeno ocorre em parte pela diminuição das taxas de fecundidade, e também, pelo aumento na expectativa de vida das populações necessitando, por conseguinte, de uma adaptação a essa nova realidade [2,5,9,10].

Desde 1963, as doenças cardiovasculares superaram as outras causas de morte, sendo responsáveis atualmente por 27% dos óbitos [11]. Pesquisadores mostram a ocorrência das mudanças em nível cardíaco. A capacidade do coração de aumentar o número e a força dos batimentos cardíacos diminui quando submetidos a esforços. É comum encontrarem-se extra-sístoles, assim como sopro sistólico mitral. A reserva cardíaca fica rebaixada assim como o consumo de oxigênio devido à fibrose, à rigidez, aos depósitos de gordura, à diminuição na elasticidade das artérias, com conseqüente aumento da pressão sistólica. A pressão arterial diastólica costuma variar pouco [12]. Os diagnósticos médicos de doenças cardiovasculares mais prevalentes nos idosos são: hipertensão arterial sistêmica (42%), coronariopatia (18%), eletrofisiologia (14%), marcapasso cardíaco (13%), valvulopatia (6%), cardiopatia congênitas (1%) [13].

Devemos para tanto, assistir o homem em todas as suas fases da vida, tanto na saúde como na doença com qualidade no cuidado de enfermagem. Para que isso possa acontecer, há necessidade de maior envolvimento nesta especialidade.

Gunter e Miller *apud* Campedelli [4] definem como enfermagem gerontológica o estudo científico

do cuidado de enfermagem ao idoso que é caracterizada como a ciência aplicada com propósito de utilizar os conhecimentos dos processos de envelhecimentos, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendem à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento da pessoa idosa. Diz ainda que a enfermagem geriátrica está relacionada às necessidades de enfermagem das pessoas idosas, ao planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem que irão ao encontro dessas necessidades e à avaliação de um nível consistente de bem-estar, com as limitações impostas pelo processo de envelhecimento.

Partindo do pressuposto de que sistematizar é fazer alguma coisa em etapas, fases ou passos; sistematizar a assistência implica lançar mão de uma teoria de enfermagem como parâmetros para fundamentar o agir. Uma teoria quando se torna prática, ação do dia-a-dia, suscita um processo. O método científico de trabalho do enfermeiro é o processo de enfermagem [14].

A assistência de enfermagem é definida como a aplicação, pelo (a) enfermeiro (a), do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender às necessidades básicas do ser humano; e o cuidado de enfermagem como a ação planejada, deliberada ou automática do (a) enfermeiro (a), resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano [15].

A assistência de enfermagem baseia-se em uma estrutura lógica de ações que chamamos de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual é composta por etapas e processos, sendo eles: histórico, obtido através de entrevista e exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; e evolução de enfermagem. No idoso o exame físico deve ir além da avaliação clínica. Esses pacientes são mais susceptíveis a desenvolver limitações para atividades de vida diária e manifestar as chamadas *síndromes geriátricas* [16]. Estas síndromes são conhecidas como os grandes *"Is"* da geriatria: imobilidade, instabilidade, incontinência, insuficiência cerebral, iatrogenia [17].

O diagnóstico de enfermagem foi definido na 9º conferência da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) como "um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos processos vitais, aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável" [18]. Um diagnóstico de enfermagem consiste em "um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para a terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária" [19].

O diagnóstico de enfermagem específico para o paciente idoso tem como objetivo intervir e prevenir que problemas tornem-se ativos ou limitar suas conseqüências através de intervenções específicas e apropriadas, de problemas já instalados. A capacitação da mão de obra técnica para atender adequadamente ao idoso pressupõe conhecimentos específicos nas áreas de geriatria e gerontologia. A carência de recursos humanos especializados é um dos grandes problemas observados na inadequação dessa assistência [20].

Campedelli [4] afirma que "os idosos poderão viver mais, se houver prevenção específica de seus problemas".

O presente estudo tem como objetivo abordar os problemas mais freqüentes na população idosa atendida no local de estudo, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), dentre as clínicas de Marcapasso, Hipertensão, Vascular, Congênita, eletrofisiologia, miocardiopatia, válvula e coronária, patologias estas mais freqüentes e mais presentes no paciente idoso.

Material e métodos

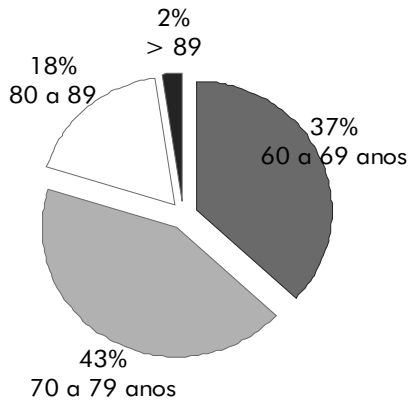
Trata-se de uma pesquisa descritivo exploratório com abordagem quanti-quali, que teve como objetivo identificar os problemas e elaborar os diagnósticos específicos utilizando amostragem estratificada não-proporcional, implicando na seleção de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, portador de doença cardiovascular associada, de ambos os sexos internados no setor de enfermaria de um hospital público de grande porte especializado na área de cardiologia. A coleta se efetivou mediante a realização de exame físico céfalo-caudal e a aplicação de um instrumento semi-estruturado (histórico de enfermagem) já utilizado na instituição, contendo questões abertas e fechadas. Este foi aplicado no período de fevereiro a abril de 2008 nas primeiras 24 horas a partir da data de admissão do paciente, após a aprovação do estudo pelo comitê de ética da

instituição sob número de protocolo FR 148694 e assinatura pelo paciente /responsável do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

No presente estudo foram entrevistados e examinados fisicamente 98 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, internados por patologia cardiovascular, no período de 01 de fevereiro a 30 de abril 2008, apresentando-se mais frequentemente na faixa etária entre 70 a 79 anos (43%), conforme mostra o Figura 1.

Figura 1 - Faixa etária dos pacientes idosos portadores de doenças cardiovasculares internados no período de 01 fevereiro a 30 de abril. São Paulo, 2008.



Dentre os 98 pacientes, somente 84 aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. As perdas obtidas (14 pacientes) se deram referentes à: (43%) internação por período menor que 24 horas no setor (procedimentos diagnósticos como cateterismo, estudo eletrofisiológico, cirurgias eletivas ou por piora do quadro clínico do paciente, resultando em transferência para outro setor), (22%) impossibilidade de responder ao histórico de enfermagem por ausência de acompanhante durante o período de coleta dentro das 24 horas propostas pelo estudo, (21%) por dependência de terceiros para assinar o termo (filhos ou cônjuge), (14%) por recusar-se a participar da pesquisa. Os sujeitos da pesquisa se constituíram em 57% do sexo masculino e 43% do sexo feminino. As patologias foram computadas através das respectivas áreas clínicas de tratamento apresentando-se com maior prevalência respectivamente as clínicas: (26%) Miocárdio, (21%) Marcapasso, (17%) Vascular, (12%) Eletrofisiologia, (7%) Coronária, (2%) Válvula, (2%) Nefro, (2%) Hipertensão, (1%) Congênito e (10%) internação por outras complicações hospitalares. Cabe salientar que muitos dos pacientes internados apresentaram mais do que uma patologia, totalizando um número de 121 patologias diagnosticadas e listadas. Segue abaixo, (Tabela I) as patologias mais comuns referentes a cada clínica citada acima:

Tabela I - Patologias mais comuns entre os idosos do estudo.

Clínica	Patologia	N
Miocárdio	ICC	17
	MCP	8
	Chagas	5
	Bradicardia	1
Marcapasso	BAVT	12
	Sincope AE	9
	Implante de MP	5
Vascular	IAPC	7
	AAA	7
	Estenose carótida	2
	Lesão trófica MMII	2
	Amputação	2
Válvula	Estenose aórtica	1
	Endocardite	1
	Troca válvula	1
Eletrofisiologia	Arritmia	6
	FA	5
	Flutter atrial	2
	Disfunção CDI	1
Coronária	SCA	6
	ICO	3
Nefrologia	IRC	3
Hipertensão	Hipertensão	2
Congênito	Anomalia de Ebstein	1
Outras patologias/ complicações	TVP	4
	TEP	3
	Edema agudo pulmão	1
	ITU	1
	DPOC	1
	Erisipela	1
	BCP	1

Legenda: ICC (Insuficiência cardíaca congestiva), MCP (Miocardiopatia), BAVT (Bloqueio átrio-ventricular total), AAA (Aneurisma de Aorta Abdominal), FA (Fibrilação atrial), Disfunção de CDI (Disfunção do Cardiodesfibrilador Implantável), SCA (Síndrome coronariana aguda), ICO (Insuficiência coronariana), IRC (Insuficiência renal crônica), BCP (Broncopneumonia), ITU (Infecção trato urinário), DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica), TEP (Trombo embolismo pulmonar), TVP (Trombose venosa profunda).

Para levantamento dos dados foi utilizado o histórico de enfermagem já aplicado rotineiramente na instituição. Para tanto, nos pacientes que já tinham histórico de enfermagem de internações passadas, este foi examinado novamente e teve seu histórico de enfermagem atualizado pela pesquisadora. Por ser o histórico de enfermagem um documento legal do paciente e da instituição onde o mesmo se encontra internado, foi necessária a criação de um instrumento facilitador de coleta de dados, onde foi possível transcrever os dados contidos no histórico de enfermagem para posterior coleta e tabulação destes dados fora do âmbito hospitalar, fazendo com que este documento permanecesse sempre junto ao prontuário do paciente.

Partindo-se do referencial teórico de que problemas de enfermagem são aqueles em que se intervindo podemos solucioná-los, foram encontrados diversos problemas de enfermagem de acordo com a patologia diagnosticada pelo médico [15].

Para o possível levantamento dos diagnósticos de enfermagem foram tabuladas as alterações (problemas de enfermagem) encontradas através da entrevista e do exame físico realizado nestes pacientes, referentes a cada sistema do organismo, respeitando a ordem céfalo-cadal. Para tanto, os diagnósticos de enfermagem, específicos ao paciente idoso portador de cardiopatia e/ou doença vascular, foram levantados baseados na apresentação das alterações encontradas (problemas de enfermagem) e demonstradas com maior freqüência, para caracterizar o diagnóstico levantado e apresentar os necessários fatores relacionados para concretizar o diagnóstico prescrito.

Com base nos problemas de enfermagem encontrados foram levantados os seguintes diagnósticos específicos de enfermagem:

- Risco de quedas – fator de risco: história de queda (medo), uso de aparelho ou artefato (bengala, muleta, andador, cadeira de rodas), idade de 65 anos ou mais, morar sozinho, insônia, doença vascular, marcha afetada (acamado, dificuldade para deambular), equilíbrio prejudicado (tontura). Ansiedade relacionada à morte – caracterizada por: tristeza, insônia, medo de morrer. Relacionado ao desconhecimento da patologia/ terapêutica.
- Débito cardíaco diminuído – caracterizado por: arritmia (ritmo irregular), alteração no eletrocardiograma, edema, oligúria, pulsos periféricos fracos/ausentes. Relacionado à tosse, à dispnéia, à ansiedade, à contratilidade cardíaca alterada (falha em bomba cardíaca).
- Perfusão tissular periférica ineficaz – caracterizada por: edema, pulsos periféricos fracos/ausentes, descoloração da pele (MMII descorados). Relacionado à interrupção do fluxo arterial.
- Integridade da pele prejudicada – caracterizada por: desnutrição, rompimento das camadas da derme/epiderme (lesões). Relacionado à marcha afetada (acamado, à dificuldade para deambular), à idade avançada (60 anos ou mais), ao estado nutricional alterado (obesidade, emagrecimento), à circulação alterada (MMII descorados), à alteração no turgor (mudanças na elasticidade), ao desequilíbrio líquido (edema, desidratação).
- Integridade tissular prejudicada – caracterizada por: tecido lesado ou destruído (amputação, tecido desvitalizado). Relacionado ao: déficit nutricional (inapetência, ao IMC alterado), ao déficit de conhecimento (desconhece a patologia/terapêutica), à marcha afetada (acamado, dificuldade para deambular), à circulação alterada (pulsos periféricos fracos/ ausentes, varizes MMII, MMII descorados), déficit ou excesso de líquidos (desidratação/ edema).
- Desobstrução ineficaz de vias aéreas – caracterizada por: dispnéia, freqüência e ritmo respiratório irregular, ruídos adventícios respiratórios (sibilos, roncos e crepitação). Relacionado ao tabagismo e à dificuldade para deambular.
- Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais – caracterizada por: peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal (IMC < 25), inapetência, relato de ingesta menor de alimentos, dor abdominal. Relacionada à ausência total de dentes, dificuldade de mastigação, náuseas/ vômito, lesão em mucosa oral.
- Constipação – caracterizada por: dor abdominal, dor ao evacuar, fezes duras e secas, freqüência diminuída, ruídos hidroaéreos hipoativos. Relacionado à atividade física insuficiente (dificuldade para deambular, sedentarismo), à depressão/ tristeza, à obesidade, aos hábitos alimentares deficientes (nutrição diminuída), à desidratação.
- Eliminação urinária prejudicada – caracterizada por: incontinência de urgência, disúria/anúria, nictúria. Relacionado ao dano sensório motor (diminuição da circulação cerebral) e múltiplas causas (doença de base).
- Disfunção sexual – caracterizada por: verbalização do problema (sente falta de ter relação sexual),

limitações reais/percebidas impostas pela doença/terapêutica, impotência. Relacionado à estrutura corporal da função alterada (amputação), falta de pessoa significativa (viuvez/divórcio).

- Padrão de sono perturbado – caracterizado por: insônia, dificuldade para dormir, sono interrompido. Relacionado à: depressão, solidão, medo, dor, dispnéia.
- Deambulação prejudicada – caracterizada por: capacidade diminuída de deambular, subir escadas, andar em aclive/declive. Relacionado a requerer uso de aparelho ou artefato (bengala, muleta, andador, cadeira de rodas), totalmente dependente de terceiros (acamado).
- Angústia espiritual – caracterizada por: verbaliza estar separado de seu sistema de apoio (comunidade). Relacionada à mudança na vida, à doença crônica, à solidão/alienação social, à dor.
- Déficit no autocuidado para alimentar-se – caracterizado por: dificuldade para mastigar alimentos, preparar alimentos para ingestão. Relacionado à dor, à ausência total de dentes, à dependência parcial/total de terceiros.
- Déficit no autocuidado para banho/higiene – caracterizado por: incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo, secar o corpo, entrar e sair do banheiro. Relacionado à dor, ao prejuízo neuromuscular (diminuição da circulação cerebral), ao prejuízo musculoesquelético (amputação), à dependência parcial/total de terceiros.
- Déficit no autocuidado para higiene íntima – caracterizado por: chegar ao vaso sanitário ou cadeira higiênica, sentar-se ou levantar-se do vaso sanitário ou cadeira higiênica. Relacionado à dor, ao prejuízo neuromuscular (diminuição da circulação cerebral), ao prejuízo musculoesquelético (amputação), à dependência parcial/total de terceiros.
- Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se – caracterizado por: colocar e tirar itens necessários de vestuários, calçar sapatos, meias, colocar roupas na parte inferior do corpo. Relacionado à dor, ao prejuízo neuromuscular (diminuição da circulação cerebral), ao prejuízo musculoesquelético (amputação), à dependência parcial/total de terceiros.
- Estilo de Vida – caracterizado por: rotina diária sem exercícios físicos (sedentarismo). Relacionado à falta de motivação/interesse (tristeza/depressão).
- Conhecimento deficiente da patologia/terapêutica – caracterizado por: seguimento inadequado de instruções (analfabetismo), dependência de terceiros para medicar-se. Relacionado à falta de capacidade de recordar (desconhecimento, esquecimento).
- Dor – caracterizado por: evidência observada, distúrbio do sono (insônia), mudança no apetite e na alimentação (inapetência), estar acamado. Relacionado a varizes MMII, a lesões teciduais, à amputação, à dispnéia, à disúria, ao edema.
- Medo – caracterizado por: produtividade e capacidade de aprendizagem diminuída (desconhecimento da patologia), estado de alerta aumentado (ansiedade). Relacionado à dor, à falta de familiaridade com experiência, à resposta aprendida (ansiedade).
- Distúrbio na imagem corporal – mudanças no envolvimento social, perda de parte do corpo (amputação), preocupação com mudança ou perda (medo). Relacionado à doença, à cirurgia, ao trauma ou à lesão.

Conclusão

Acompanhando os processos de hospitalização do idoso portador de doença cardiovascular foi estudada uma população de 84 pacientes dentro da faixa etária de 60 anos ou mais em um hospital público na cidade de São Paulo. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionário (Histórico de Enfermagem) e exame físico céfalo-caudal. Os problemas de enfermagem encontrados foram organizados e analisados para o levantamento do diagnóstico específico de enfermagem.

A assistência ao idoso durante a hospitalização merece atenção de todos os profissionais que participam deste cuidado. Foi possível observar que um minucioso exame físico condiciona o enfermeiro ao levantamento correto do diagnóstico de enfermagem para que se possa ter a especifica intervenção. Esta representa uma das etapas que sustenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a condiciona a melhora do quadro assistencial.

Com o levantamento dos diagnósticos de enfermagem específicos baseado em NANDA, foi possível visualizar o idoso como um todo, bem como a inter-relação dos fatores que são causa e efeito de uma dada situação facilitando assim a elaboração de estratégias específicas a serem implementadas na assistência de enfermagem.

Levantar os problemas mais comuns dos idosos nos permite detectar as alterações mais freqüentes

que ocorrem nesta faixa etária. Assim, podemos dar-lhe uma assistência de qualidade e fazer as adaptações necessárias de maneira mais efetiva, resolvendo a maior parte de seus problemas durante a intervenção, contribuindo para a redução do tempo de internação e melhoria da qualidade de vida.

Referências

1. Horta WA. A assistência de enfermagem ao adulto idoso. Rev Enferm Nov Dimens 1978;4(5):268-73.
2. Sá SPC, Ferreira MA. Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para a enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2004;8(1):46-52.
3. Papaléo MN, Carvalho ETF. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
4. Campedelli MC. Consulta de enfermagem para o idoso: uma necessidade real. Rev Paul Enferm 1991;10(1):32-37.
5. Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. Rev Bras Enfermagem 2004;57:332-5.
6. Estatuto do Idoso. Lei No. 10741 de 1 de outubro de 2003. Brasília: DOU; 2003.
7. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE. Dados Estatísticos – Envelhecimento Populacional. [online]. [citado 2006 Ago 08]. Disponível em: URL:http// www.ibge.gov.br
8. Diogo MJD, Ceolim MF, Cintra FA. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no hospital de clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): Relato de experiência. Rev. Latinoam Enfermagem 2000;8:85-90.
9. Jacob WF. Atividade física e envelhecimento saudável. São Paulo: Atheneu; 2006.
10. Tirado MGA. Princípios da avaliação gerontológica. In: 3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, 2003, Santos. Anais III GERP. Santos, 2003
11. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2004;82(suppl 4):7-14.
12. Lainetti KR, Puma MG. Exame físico da pele do idoso: Um guia prático para o graduando de enfermagem e o enfermeiro [monografia]. São Paulo: Universidade Cidade de São Paulo; 2002.
13. Taddei CFG, Ramos LR, Moraes JC, Wajngarten M, Libberman A, Santos SC, et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras Arq Bras Cardiol 1997;69:327-33.
14. Danzil NJ, Graziano KU. Como os enfermeiros coordenam os cuidados onde não há SAE. Cadernos Centro Universitário São Camilo 2001;4:79-90.
15. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
16. Paula JC, Cintra FA. A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar. Acta Paul Enfermagem 2005;18:301-6.
17. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública 2005;39:311-8.
18. Farias JN. Diagnósticos de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990.
19. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2005 – 2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
20. Duarte YAO. A influência da formação acadêmica do enfermeiro na assistência ao Idoso. Âmbito Hosp 1994;6:61-6.

Artigo original

Visão da equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família acerca da integralidade das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde

Aldaíza Ferreira Antunes Fortes, M.Sc.*, Ana Maria Nassar Cintra Soane, M.Sc.**, Adriana Rosa dos Reis***

**Enfermeira, Docente da disciplina Estágio Supervisionado, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Responsável pelo Setor de Pesquisa e Estudos Acadêmicos da EEWB, **Enfermeira, Coordenadora do Departamento de Ensino e Pesquisa da EEWB, ***Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, pela EEWB, Enfermeira RT, da Unidade Básica de Saúde Maria Gonçalves Siqueira, São José do Alegre/MG*

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, cujo objetivo foi conhecer a visão da equipe multiprofissional do Programa Saúde Família (PSF), do município de São José do Alegre/MG, acerca da integralidade das ações preconizadas, pelo Ministério da Saúde (MS). Os sujeitos foram nove membros da equipe multiprofissional do PSF em questão. Os dados foram coletados, em julho de 2008, por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada. Para seis participantes a integralidade das ações preconizadas pelo MS está sendo aplicada na prática cotidiana da sua equipe de trabalho. Constatou-se que os entrevistados vivenciam momentos de desarticulação de suas ações e uma desintegração entre eles, ocorrendo a necessidade de integração, trabalho em equipe, preparo adequado dos profissionais que favoreça a credibilidade dos mesmos ao programa e unificação dos três setores da saúde: atenção primária, secundária e terciária.

Palavras-chave: equipe multiprofissional, Programa Saúde da Família, assistência à saúde.

Abstract

Vision of multiprofessional team of Family Health Program about comprehensive actions recommended by Ministry of Health

This qualitative exploratory-descriptive study aims at knowing the vision of the multiprofessional team of Family Health Program (FHP), of São José do Alegre/MG, concerning comprehensive actions recommended by Ministry of Health (MH). Nine subjects composed the multiprofessional team of this FHP. Data were collected on July 2008 using a semi-structured interview guide. For six participants the comprehensive actions recommended by MH are applied during daily practice of its group work. It was evidenced that the participants experience moments of disconnection of their actions and disintegration among them. Based on this, they see the need for integration; work as a team, adequate professional preparation which should favor the program credibility and unification of the three health care sectors: primary, secondary and tertiary health care.

Key-words: multiprofessional team, Family Health Program, health care.

Artigo recebido em 24 de novembro de 2008; aceito em 18 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Aldaíza Ferreira Antunes Fortes, Rua Zequinha Luiz, 29 Bairro Varginha 37501-074 Itajubá MG, E-mail: aldaizafortes@yahoo.com.br

Resumen

Visión del equipo multiprofesional del Programa de Salud Familiar sobre la integralidad de las medidas preconizadas por el Ministerio de la Salud

Se trata de estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo cuyo objetivo fue conocer la visión del equipo multiprofesional del Programa de Salud Familiar (PSF), de la ciudad São José de Alegre - MG, acerca de la integralidad de las acciones preconizadas por el Ministerio de la Salud (MS). Los sujetos fueron nueve miembros del equipo multiprofesional del PSF en cuestión. Los datos fueron recolectados durante el mes de Julio del 2008, utilizando un guión de entrevista semiestructurada. Para seis participantes la integralidad de las acciones preconizadas por el MS se está aplicando en la práctica diaria de su equipo de trabajo. Se evidenció que los entrevistados experienciaron momentos de desarticulación de sus acciones y una desintegración entre ellos. Por lo tanto, existe la necesidad de integración, trabajo en equipo, preparación adecuada de los profesionales que favorezcan la credibilidad del programa y unificación de los tres niveles de atención en salud: primaria, secundaria y terciaria.

Palabras-clave: equipo multiprofesional, programa de salud familiar, prestación de atención de salud.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) propõe uma nova dinâmica no serviço de saúde, no nível de Atenção Primária. Trata-se de reorganizar a prática assistencial, em novas bases, e substituir o modelo tradicional produtor de procedimentos, pela produção de cuidados, entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução [1].

O PSF incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que está estruturado da seguinte forma: caráter substitutivo das práticas tradicionais, complementariedade e hierarquização, adscrição de população/territorialização, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência e abordagem multiprofissional. Esta nova proposta de reorganização da Atenção Básica apresenta potencial, para intervir no processo saúde-doença, pois, por meio da equipe multiprofissional é possível estabelecer vínculos, compromissos, novas atitudes, novas possibilidades, satisfação, interação e resultados.

A equipe multiprofissional do PSF apresenta uma composição mínima, constando de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Deve atender uma clientela de no máximo 4.500 pessoas. Representa o elo entre a família e o serviço de saúde. É considerada a parte dinâmica do programa, e depende de vários fatores para se manter, como, por exemplo, o apoio dos gestores. Se isso não ocorrer, o PSF poderá se atomizar, em milhares de modelos de atenção à saúde, reproduzindo os velhos males do sistema, como iniquidade, pouca resolutividade, insatisfação profissional e das famílias/comunidade [2].

Embora o Ministério da Saúde (MS) tenha elaborado a organização e a forma de trabalho, enfocando a equipe multiprofissional, nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada do modelo hegemônico atual. O programa não opera de modo amplo, nos micro processos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que define o perfil da assistência [1].

É importante que a atenção às famílias esteja pautada, em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro. Valorizar os diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito [3].

Se ocorrer uma fragmentação de saberes, em que cada profissional traça seu objetivo isoladamente, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizada, fragmentada, centrada na recuperação biológica individual, com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

Uma das autoras deste estudo, desde seu tempo de acadêmica de enfermagem, estagiando em um PSF e, hoje, como profissional, atuando na rede de Atenção Básica, observa que o quadro é esse: uma equipe, muitas vezes, fragmentada; poucos créditos por parte de alguns profissionais, levando à rotatividade dos mesmos; e uma desarticulação do sistema de saúde.

Frente a essas colocações, surgem as indagações:

1. Esses fatores podem interferir, na visão da equipe multiprofissional, acerca da integralidade das ações preconizadas pelo MS?

2. Caso interfiram, essa interferência pode fazer com que estes profissionais adotem uma atitude contraditória ao que é preconizado pelo MS?

O trabalho em equipe é fundamental para se obter bons resultados e, a credibilidade ao programa precisa partir da própria equipe multiprofissional, acrescida da articulação do sistema de saúde.

O atendimento integral garantido pelo princípio do SUS e expresso em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, foi uma proposta desde o início do PSF. Tem uma dupla dimensão, ou seja, uma com o sentido de articular as ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos assistenciais, em todos os níveis organizacionais, do sistema de serviços de saúde; e outra relativa à integralidade do sistema de serviços e a construção dos chamados sistemas integrados [2].

Existe uma crítica acerca da integralidade, no contexto da construção do SUS, a qual sugere organizar o princípio da integralidade, em três grandes conjuntos de sentidos, considerando que este termo afirma uma recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e uma possível abertura ao dialogo intersubjetivo, como forma de apreensão ampliada, das necessidades de ações e serviços sintonizados com a contextura de cada encontro [2].

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo conhecer a visão da equipe multiprofissional do PSF, do município de São José do Alegre/MG, acerca da integralidade das ações preconizadas pelo MS.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com nove membros da equipe multiprofissional do PSF, do município de São José do Alegre, estado de Minas Gerais, ou seja, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

O tipo de amostragem foi intencional.

A coleta de dados se deu por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada constituído por duas partes, sendo a primeira referente às características pessoais e profissionais dos entrevistados e a segunda abordou três questões abertas relacionadas com o objetivo do estudo.

Antes da utilização definitiva, deste roteiro, foi realizado um pré-teste, com cinco membros da Unidade Saúde da Família do Município de Pedralva/MG, sendo que eles não fizeram parte da amostra deste estudo.

O pré-teste serviu para identificar três importantes elementos: fidedignidade, validade e operatividade [4]. Após sua realização, averiguou-se que não era necessário alterar o roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado.

As entrevistas ocorreram no mês de julho de 2008 e foram gravadas em fitas cassetes, as quais, após a transcrição dos dados, foram incineradas.

Os dados coletados foram transcritos, permitindo a fidedignidade das informações colhidas. Em seguida, foram analisados e interpretados por meio da análise do conteúdo [5].

A análise de conteúdo é a técnica mais difundida para investigar o conteúdo das comunicações, mediante a classificação, em categorias, dos elementos da comunicação. Consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, de forma que a presença ou frequência seja significativa para o objetivo analítico visado [6]. Preservou-se a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes da pesquisa, utilizando as seguintes denominações que fazem parte do cotidiano da equipe: saúde, qualidade, assistência, acolhimento, vida, vínculo, responsabilidade, atuação e trabalho.

Para este estudo, foram atendidas, criteriosamente, as recomendações expressas na Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, concernentes à realização de pesquisas com seres humanos [7]. Portanto, iniciou-se a coleta de dados somente após a aprovação, do Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz.

Resultados e discussão

Em relação aos dados característicos dos sujeitos da pesquisa, dois são do sexo masculino e sete do sexo feminino; a idade média dos entrevistados situa-se na faixa etária de 24 a 39 anos e o tempo de trabalho, na equipe multiprofissional, varia de um a três anos.

Observou-se que a equipe multiprofissional do PSF envolvida no estudo é composta por indivíduos adolescentes e adultos jovens, há uma predominância do gênero feminino (78%) e possui um tempo de convivência de, no máximo, três anos.

Ao analisar os dados da primeira questão "O que você sabe sobre a integralidade das ações

preconizadas pelo MS, para a atuação da equipe multiprofissional do PSF?", evidenciaram-se cinco categorias: *integração e trabalho em equipe; resolutividade; criação de vínculos; atendimento por inteiro; divisão de tarefas.*

Na categoria *integração e trabalho em equipe* pode-se perceber que, para esses profissionais, a integralidade das ações está relacionada com o processo de trabalho desenvolvido diariamente na equipe. Cada trabalhador de saúde é um elemento indispensável e que, a partir de um trabalho em equipe, forma-se um produto final, para suprir as necessidades do usuário, ou seja, prestar uma assistencial integral.

Isso é sinalizado nos seguintes depoimentos:

> "Integralidade é a integração da equipe, sempre um disposto a ajudar o outro (...)" (Vinculo).

> "(...) e a equipe de saúde deve trabalhar sempre em equipe, para dar continuidade ao serviço prestado à população." (Responsabilidade).

O trabalho em equipe representa um dos pilares de sustentação do PSF, pois quando efetivo leva à construção do projeto de saúde da família, o qual deve ser norteado por uma proposta assistencial comum em que os agentes desenvolvam uma ação de interação entre si e a comunidade.

Observou-se na categoria *resolutividade* que a integralidade das ações está diretamente relacionada com a continuidade à assistência e à solução dos problemas encontrados, como demonstram os relatos:

> "(...) Ter sempre uma resposta ou solução para dar ao paciente." (Vínculo).

> "(...) procuramos trabalhar sempre unidas, tentando da melhor maneira resolver os problemas do município." (Atuação).

O PSF constitui-se de equipes multiprofissionais, que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada, para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada e resolutiva.

Um dos maiores desafios do SUS vem sendo melhorar a Atenção Primária, pois é nesse nível que se resolve 90% dos problemas mais comuns. A resolutividade acontece a custos mais baixos e com maior impacto, sobre os níveis de saúde e sobre a qualidade de vida da população [8].

"O PSF pode ser definido como um modelo de atenção, que pressupõe o reconhecimento de saúde, com um direito de cidadania expresso, na melhoria das condições de vida, no que toca à área da saúde essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos (...)" [9].

Examinando a categoria, *criação de vínculos*, notou-se que a postura acolhedora do profissional da saúde, ao buscar alternativas, para dar continuidade à assistência e solucionar os problemas da comunidade, possibilita o estabelecimento de vínculos com o usuário, e estabelece relações tão próximas e claras, que favorecem ao cuidado integral. O trabalhador da saúde inserido, neste contexto, sensibiliza-se e foge aos padrões de intervenções burocráticas e impessoais. Isso é expresso na fala a seguir:

> "(...) Entende-se como integralidade um grupo de pessoas tendo interesses comuns e um relacionamento considerado harmonioso. Neste caso entre a equipe e as pessoas que assistimos." (Acolhimento).

A vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade constitui um dos objetivos do PSF [10].

A recuperação da prática clínica, assentada no vínculo, é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional. A assistência baseada no vínculo permite que o serviço de saúde acompanhe e identifique os resultados dos trabalhos de cada profissional, oferecendo, na prática, a cidadania pelo paciente e pela família [11].

Interpretando a categoria *atendimento por inteiro* reconheceu-se que a integralidade das ações pode ser entendida como uma assistência que visa o todo, integral, inteiro, ou seja, não se pode reduzir o usuário em partes, como é registrado nos enunciados:

> "É um atendimento por um todo e não por partes" (Assistência).

> "A integralidade das ações é muito importante, pois favorece uma visão panorâmica do paciente" (Qualidade).

> "Integral deve ser tudo. Bom, abrange tudo. Dar aquele atendimento que o paciente precisa atendimento por inteiro" (Atuação).

Dentre as finalidades do PSF estão: a reorganização do modelo assistencial, com o fortalecimento da atenção à saúde; a ênfase na integralidade da assistência; o tratamento ao indivíduo como ser integral, ligado à família, ao domicílio e à comunidade [10].

"A equipe de saúde do PSF tem o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano" [11].

Na categoria, *divisão de tarefas,* evidenciou-se que o trabalho em saúde, assim como no PSF, acontece quando nós nos relacionamos. Para desenvolver uma tarefa, temos um fazer conjunto, que precisa ser maior do que a soma das parcelas do trabalho de cada um dessa equipe. Isso é ilustrado no seguinte depoimento:

> "O Ministério da Saúde já percebeu que onde tem equipe multiprofissional o rendimento será sempre melhor, pois a divisão de tarefas vai sempre favorecer o bom rendimento da equipe." (Saúde).

É preciso ter alguém para fazer as visitas domiciliares, que medique, prescreva, aplique, ensine e oriente. Cada integrante da equipe possui um saber, uma história de vida, uma formação específica e, com isso, a tendência é a de não considerarmos tais diferenças e trabalharmos, como numa fábrica, onde cada um faz um pedaço: um aperta o parafuso, outro pinta, e outro embala. O produto final é mérito de toda a equipe [12].

Ao analisar as respostas dos entrevistados à segunda questão: "Você acha que a integralidade das ações preconizadas, pelo MS, está sendo aplicada na prática cotidiana da sua equipe multiprofissional?", verificou-se que, dos nove participantes 66,67% (seis) responderam SIM e 33,33% (três) responderam NÃO.

As justificativas dos sujeitos da pesquisa, que optaram pela alternativa SIM, revelaram três categorias: *integração e trabalho em equipe; profissionalismo e; discussão dos deveres, objetivos e soluções das ações em benefício do paciente.* Para estes indivíduos a integralidade das ações, preconizadas pelo MS está sendo aplicada na prática cotidiana da sua equipe de trabalho, porque eles vivenciam estas categorias.

Na categoria *integração e trabalho em equipe* identificou-se que as práticas cotidianas da equipe se responsabilizam pela integralidade das ações, ou seja, é no dia a dia da equipe que se identifica a integralidade das ações, presente no trabalho coletivo. O trabalho, em equipe, favorece a continuidade do acompanhamento e o maior envolvimento com as famílias, por meio da abordagem de toda a equipe multiprofissional. Isso é descrito nas seguintes falas:

> "Porque trabalhamos em equipe, um ajudando o outro." (Vínculo).

> "Em nossa equipe acontece a integralidade das ações, pois trabalhamos em equipe, profissionais junto com pacientes, dando continuidade ao serviço para com a saúde do paciente, em todos os momentos." (Responsabilidade).

> "Apesar dos conflitos, trabalhamos em equipe e de forma integrada, procurando muitas vezes passar o problema do paciente para o médico e para enfermeira; até mesmo quando não conseguimos resolver passamos para UBS." (Atuação)

> "Porque trabalhamos em equipe." (Qualidade).

O trabalho em equipe é um dos fatores que garante o funcionamento do PSF e se isso não ocorrer, esta estratégia poderá se atomizar em milhares de modelos de atenção à saúde, reproduzindo os velhos males do sistema: ineficiência, iniquidade, pouca resolutividade, insatisfação profissional e das famílias [2,13].

O principio da integralidade dá a garantia de integração da equipe de saúde no atendimento ao usuário [14]. Compreendendo a categoria *Profissionalismo* percebeu-se que, para esse novo chamado, que é o PSF, precisa-se de profissionais com uma visão diferente. Profissionais que adotem posturas profissionais, que saibam quais são suas competências, responsabilidades e atribuições. Os seguintes depoimentos sinalizam a categoria acima:

> "Porque trabalhamos com profissionalismo." (Vínculo).

> "No local onde trabalho. A equipe é bem estruturada, discutimos todas as tarefas, sempre com respeito às funções de cada um." (Saúde).

Acrescenta-se ao princípio da integralidade a garantia também da definição de competências e responsabilidades, dos membros da equipe, bem como as atribuições de cada profissional responsável pelo cuidado [14].

Analisando a categoria *discussão dos deveres, objetivos e soluções das ações em benefício do paciente* averiguou-se que a mesma é desenvolvida e aplicada no trabalho coletivo da equipe saúde da família. O MS preconizou, como um dos elementos centrais, do PSF, o trabalho conjunto da equipe multiprofissional e, com isso, acredita que é possível elaborar e executar ações, que visem à integralidade das práticas, em favor da qualidade da assistência prestada ao paciente. Isso é evidenciado nas falas:

> "São debatidos os deveres, objetivos, soluções e os pacientes recebem ajuda integral. Ocorre a prevenção, promoção, proteção à saúde." (Trabalho).

> "Na equipe tem integração, pois os agentes comunitários vão até as famílias, descobrem os problemas, passam para a enfermeira, que chega até o médico. Assim tem continuidade e solução para os problemas encontrados." (Vínculo).

Da análise das justificativas dos entrevistados, que responderam NÃO à segunda questão, emergiram, também, três categorias: *falta de integração e trabalho em equipe; descontinuidade nas ações de saúde, para concluir o tratamento e, preparo inadequado da equipe.* Para estes indivíduos a integralidade das ações preconizadas, pelo MS, não está sendo aplicada na prática cotidiana da sua equipe de trabalho, porque eles vivenciam estas categorias.

Na categoria *falta de integração e trabalho, em equipe*, constatou-se que pode ser um comportamento natural às mudanças, ou seja, é natural que se tenha resistência por partes de alguns integrantes, visto que o PSF é uma proposta nova que veio para modificar o processo de trabalho e redefinir posições referentes aos avanços alcançados com a promoção e vigilância à saúde. Ilustrando esta categoria tem-se o relato:

> "Porque integralidade entra um conjunto de ações, atitudes, e nem sempre se consegue trabalhar em equipe, pois há um bloqueio, ou seja, entre algumas partes que acabam ocultando fatos e não interagindo com a equipe toda." (Vinculo).

O PSF estabelece uma nova filosofia de trabalho. Isso implica certamente em alguma resistência por parte dos participantes do processo de mudança. Portanto não se pode esperar que a assimilação dessa nova estratégia apresente resultados imediatos. É necessário tempo, para que as boas práticas sejam reconhecidas e disseminadas [15].

Na categoria, *descontinuidade nas ações de saúde para concluir o tratamento*, identificou-se que o profissional da saúde da família está buscando a integralidade das ações, mas não consegue concluir a sua assistência, pois se depara com uma desarticulação do sistema de saúde, no que se refere ao apoio diagnóstico. Através do seguinte depoimento obteve-se essa identificação:

> "Às vezes o trabalho do PSF que tem que ser bem feito, elaborado, para ter continuidade, não tem condições financeiras ou é barrado na parte de exames expedidos pelo médico. Então esta integralidade, continuidade são podadas ao meio. O tratamento não é concluído." (Assistência).

O princípio da integralidade dá a garantia da organização dos serviços, que visa o atendimento do usuário, em todos os pontos de atenção, sendo necessária uma rede integrada de serviços de saúde [14]. Em um estudo realizado em 2001/2002, pelo MS, para Avaliação Normativa do PSF, os resultados demonstraram que o apoio diagnóstico e a referência, para atenção especializada, ainda foram insuficientes para garantir a resolutividade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo PSF [16].

Ao analisar a categoria, *preparo inadequado da equipe,* constatou-se que não basta expor o profissional da saúde a novos cenários de atuação, acreditando que a mudança por si só acontecerá, é preciso prepará-lo e capacitá-lo, como expresso a seguir:

> "Alguns membros da equipe não estão preparados para a execução do trabalho comunitário, sendo assim, o profissional não terá um bom desempenho, para tais funções que exerce, deixando passar despercebidas as prioridades." (Acolhimento).

Um dos entraves significativos a ser enfrentado, neste processo de expansão do PSF e seu impacto sobre a organização e resolutividade do sistema de saúde é o que se refere à questão dos recursos humanos, merecendo destaque aos aspectos relacionados à formação dos profissionais, despreparo e precária qualificação dos mesmos [2].

A grande maioria das instituições formadoras fragmenta o objeto e o reduz aos limites dos próprios cursos, oferecendo um aprendizado, que continua embasado em guetos, nos quais persiste o conhecimento de cada área, que se limita a atos fragmentados, levando a não produção de profissionais adequados às perspectivas da atenção integral [16].

Os sujeitos da pesquisa, que optaram pela alternativa NÃO, na segunda questão, ao responderem à terceira questão: "O que você sugere para que a integralidade das ações preconizadas, pelo MS, seja aplicada na prática cotidiana dos profissionais, atuantes da sua equipe de saúde?" elencaram sugestões que podem ser ilustradas nas seguintes falas:

> "Que haja mais entrosamento da equipe, para que possam repassar problemas, dificuldades para toda a equipe. Assim todos ficarão sabendo de tudo." (Atuação).

> "Que tenha mais cumplicidade entre a equipe, para podermos fazer um grande trabalho em equipe." (Atuação).

> "O que o profissional de saúde precisa é compreender profundamente os pontos fortes e os pontos fracos da comunidade e suas características especificas, ou seja, dando prioridade, para aqueles que realmente precisam dos serviços comunitários, desenvolvendo a promoção da saúde." (Acolhimento).

> "Que todos trabalhem com um só objetivo: o paciente num todo e não por partes." (Assistência).

> "As pessoas que competem uma continuidade das ações, tenham condições para realizá-las." (Assistência).

> ''Que a saúde seja uma só. E não haja separação de UBS com PSF." (Assistência).

> "As pessoas que trabalham devem ser mais preparadas." (Assistência).

Ao analisar estas sugestões, percebeu-se que, na visão destes profissionais, a integralidade das ações pode ser alcançada, quando se tem um trabalho em equipe, no qual os integrantes não devem ser um agrupamento de ações e de agentes e sim uma equipe de integração [12].

O trabalho em equipe está associado à realização de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos, que tem objetivo comum a alcançar. O sucesso é o trabalho coletivo [2].

A integralidade das ações relacionada com a integração e trabalho em equipe, preparo e capacitação dos profissionais, pode ser denominada de integralidade focalizada, porém, numa visão mais abrangente, podemos denominá-la de integralidade ampliada, onde analisamos as ações intersetoriais, organização e articulação do sistema de saúde [2].

É importante ressaltar que a integralidade das ações não se dá por imposições de gestores, em relação à atuação da equipe multiprofissional e sim, a partir do desejo de aderir ao projeto e da discussão conjunta entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários/ famílias.

Conclusão

Ao finalizar este estudo, no qual se buscou conhecer a visão da equipe multiprofissional, acerca da integralidade das ações preconizadas, pelo MS, percebeu-se que seu desenvolvimento serviu para uma reflexão sobre a prática da equipe multiprofissional envolvida na pesquisa.

Iniciou-se este estudo, haja vista que se acreditava em um hiato existente sobre o que é preconizado pelo MS, para a atuação da equipe multiprofissional e a prática cotidiana da mesma. Foi escolhido o termo integralidade das ações, pois, por meio da literatura, pode-se observar que ele engloba todo o processo de trabalho da equipe e acrescenta ainda as limitações do sistema da saúde.

Dos nove profissionais entrevistados três responderam que a integralidade das ações NÃO está sendo aplicada na prática diária da sua equipe e seis profissionais responderam SIM, ou seja, que a integralidade das ações está sendo aplicada na prática diária da sua equipe. Para os primeiros, está ocorrendo um hiato que inquieta e que foi a célula propulsora para realização deste trabalho. Estes participantes mencionaram que falta articulação do serviço de apoio diagnóstico, que há despreparo e desqualificação de alguns profissionais e, a falta de integração e trabalho em equipe impossibilitam as práticas que visam à integralidade das ações.

Constatou-se que os sujeitos do estudo vivenciam momentos de desarticulação de suas ações, ocorrendo à necessidade de integração, trabalho em equipe, preparo adequado dos profissionais que favoreçam a credibilidade dos mesmos ao programa e unificação dos três setores da saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Averiguou-se, por meio da análise das respostas dos entrevistados, que a integralidade das ações está diretamente relacionada aos conceitos que os sujeitos atribuem ao trabalho diário da sua equipe multiprofissional.

Evidenciou-se, também, que a integralidade se constrói a partir de ações objetivas e subjetivas, que são produtos resultantes de relações entre fatores sociais, em suas práticas, no cotidiano dos serviços de saúde.

Nos dias atuais a proposta de trabalhar em equipe não é novidade e na área da saúde é imprescindível, para que o trabalho se concretize. Sabendo que a integralidade das ações é de suma importância, para a efetividade e resolutividade do PSF, torna-se necessário oferecer uma atenção especial aos participantes deste estudo, procurando solucionar as deficiências detectadas, que estão impedindo a aplicabilidade da integralidade das ações preconizadas, pelo MS, na prática cotidiana deles.

Espera-se que este estudo possa favorecer as discussões sobre a amplitude do tema integralidade das ações, subsidiando a prática, a formação e a capacitação dos profissionais do PSF, e, também, preencher as lacunas referentes à existência de uma desarticulação do sistema de saúde.

Referências

1. Franco T, Merhy F. PSF: Contradições e novos desafios. [citado 2007 Jun 10]. Disponível em URL: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm
2. Silva TCS. A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma equipe de Saúde da Família [dissertação]. Belo Horizonte:Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
3. Bertussi DC. Desenvolvimento gerencial em saúde: Limites e possibilidades [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2002.
4. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
5. Marconi MA, Lakatos EM.. Fundamentos de metodologia cientifica. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1995.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.
7. Brasil. Resolução 196. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1996.
8. Sousa MN, Braga TW. Princípios da atenção primária à saúde. Oficina de trabalho/saúde em casa e o Programa Saúde da Família. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2005. p.31.
9. Rosa GAW, Labate CR. A construção de um novo modelo de assistência. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(6):1-10.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família. [citado 2005 maio 15]. Disponível em: URL:http//www.saude.gov.br
11. Oliveira ME, Spiri CW. Programa Saúde da Família: A experiência da equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública 2006;40(4):727-733.
12. Fortuna MC, Mishima MS, Matumot S, Pereira BJM. O Trabalho de equipe no Programa Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latinoam Enfermagem 2005;13(2):262-8.
13. Frazili RTV. O enfermeiro e as famílias-necessidades de aperfeiçoamento do enfermeiro na prática com as famílias no Programa Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
14. Avaliação de Programas de Governo/Relatório, Voto e decisão nº 649/2002 TCU. Plenário. [citado 2007 Set 10]. Disponível em URL: http://www.tcu.gov.br
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Gontijo DE, Marcolino C, Silva ICM. Interdisciplinaridade na promoção de saúde: relato de experiência em seis cursos de graduação da UFMG. Rev Med Minas Gerais 2007;16(4):129-33.

Artigo original

Prevalência e fatores associados ao tabagismo em uma unidade universitária

Jéssica Steffany Miranda*, Janaina Benatti de Almeida*, Silvio Fernando Guideti Marques**

*Acadêmicas do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Lins (UNILINS), Lins/SP,
**Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Lins (UNILINS)

Resumo

O tabagismo constitui um sério problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo conhecer a prevalência do tabagismo e descrever o perfil e hábitos do consumo tabágico entre os alunos do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Lins/SP, e servir como medida auxiliar para o desenvolvimento de estratégias que visem à profilaxia do consumo de cigarros nesta população. Um total de 182 alunos respondeu a um questionário com perguntas dirigidas a fumantes, ex-fumantes e não fumantes. A prevalência de tabagismo foi de 11,0%. 84,6% dos alunos não eram fumantes e 4,4% foram classificados como ex-fumantes. Da amostra total, 123 eram mulheres (67,6%). A média da idade da população estudada foi de 22,8 ± 3,6 anos. Os cursos de Química (40,0%), Terapia Ocupacional (40,0%), História (20,0%), Psicologia (18,2%) e Enfermagem (17,6%) apresentaram as maiores prevalências de fumantes. A idade média de início no tabagismo foi de 17,8 ± 7,4 anos. Foi observado consumo médio de 8,3 ± 7,8 cigarros por dia. Todos os universitários que se declararam fumantes utilizam cigarro industrializado. Este índice de prevalência assemelha-se aos de outros Centros Universitários e demanda políticas de controle do tabagismo nos meios universitários.

Palavras-chave: tabagismo, universitários, prevalência.

Abstract

Prevalence and characteristics of smoking in the university unit

The smoking is a serious public health problem. This study aims to determine the prevalence of nicotine addiction and understand the profile and habits of the addicted students of Catholic University Centre Salesiano Auxilium of Lins/SP, and serve as auxiliary measure for the development of strategies aimed at prevention of smoking in this population. A total of 182 students responded to a smoking questionnaire, including questions directed at smokers, nonsmokers and former smokers. The prevalence of nicotine addiction was 11.0%. About 84.6% of the students were not smokers and 4.4% were classified as former smokers. In the study sample, 123 of the students were women (67.6%). The average age of the population was 22.8 ± 3.6 years. The percentage of smokers was higher in the Chemistry, Occupational Therapy, History, Psychology and Nursing (40.0%, 40.0%, 20.0%, 18.2% and 17.6%, respectively). The average age of start in the smoking was of 17.8 ± 7.4 years and average consumption was 8.3 ± 7.8 cigarettes per day. All of the consumers used industrialized cigarettes. This prevalence correlates to the other academic centers and demands politics of nicotine addiction control among the university centers.

Key-words: smoking, university students, prevalence.

Recebido em 14 de julho de 2009; aceito em 26 de agosto de 2009.
Endereço para correspondência: Jéssica Steffany Miranda, Avenida da Saudade, 667 Centro 16370-000 Promissão SP, E-mail: marquessfg@uol.com.br

Resumen

La prevalencia y factores asociados al tabaquismo en una unidad universitaria

El tabaquismo es un grave problema de salud pública. Este estudio tiene como objetivo conocer la prevalencia del tabaquismo y comprender el perfil y hábitos de consumo entre los estudiantes universitarios del Centro Universitario Católico Salesiano Auxilium de Lins/SP, y servir como medida auxiliar para el desarrollo de estrategias dirigidas a la prevención del consumo de tabaco en esta población. Un total de 182 estudiantes contestaron a un cuestionario con preguntas a fumadores, no fumadores y ex fumadores. La prevalencia de tabaquismo fue de un 11%. 84,6% de los estudiantes no eran fumadores y el 4,4% ex fumadores. De la muestra total, 123 eran mujeres (67,6%). La edad media de la población estudiada fue de 22,8 ± 3,6. El porcentaje de fumadores más alto se dio en las carreras de Química (40,0%), Terapia Ocupacional (40,0%), Historia (20,0%), Psicología (18,2%) y Enfermería (17,6%). La edad media de inicio en el consumo de tabaco fue de 17,8 ± 7,4 y el consumo medio 8,3 ± 7,8 cigarrillos industrializados al día. Este índice de prevalencia se asemeja a otros centros universitarios y demanda políticas de control del tabaquismo en los recintos universitarios.

Palabras-clave: tabaquismo, estudiantes universitarios, predominio, característica.

Introdução

O tabagismo é responsável por altos índices de morbimortalidade mundial, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo [1].

Levantamento realizado em 2005 apontou 10,1% da população brasileira de 12 a 65 anos como sendo dependente de tabaco. A expectativa de vida de um fumante é 25% menor que a de um não fumante [2]. Se não forem tomadas medidas adequadas para o controle dessa pandemia, próximo ao ano de 2020, o tabagismo será responsável por 10 milhões de mortes por ano, com proporção de uma em cada seis pessoas consumidoras de tabaco mundialmente. Desses óbitos, 7 milhões ocorrerão nos países em desenvolvimento [3].

Diversos estudos realizados em nosso país [4,5] e no mundo [6,7] apontam que o hábito de fumar se instala precocemente, já que 80% dos atuais adultos fumantes declararam ter iniciado nesta prática antes dos dezoito anos de idade. Ressalta-se, também, que a idade de experimentação e início do tabagismo precoce, ou seja, antes dos 20 anos de idade, está comumente correlacionada ao período de transição do indivíduo do nível de ensino médio para o superior [8].

Estas informações confirmam a tendência mundial de aumento da prevalência do uso de cigarros entre a população de adolescentes e adultos jovens, principalmente entre os estudantes universitários, jovens estes considerados público com grande suscetibilidade de envolvimento com o tabaco [8]. Diante da gravidade desse quadro, vários estudos sugerem que medidas antitabágicas sejam direcionadas prioritariamente a esta população [9,10].

Portanto, este trabalho teve como objetivo conhecer a prevalência e descrever o perfil e hábitos do consumo tabágico entre os estudantes do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Lins (Unisalesiano-Lins/SP), e servir como medida auxiliar para o desenvolvimento de estratégias que visem à profilaxia do consumo de cigarros nesta população.

Materiais e métodos

Realizou-se um estudo transversal com os alunos do Unisalesiano-Lins/SP, devidamente matriculados nos cursos de graduação durante o segundo semestre de 2008. Para se calcular o tamanho da amostra, utilizou-se a população total de 2185 universitários matriculados e erro amostral tolerável de 5% para possibilitar intervalo de confiança de 95%. Dessa maneira, foi obtida, inicialmente, como amostra ideal para o desenvolvimento deste estudo, um grupo de 182 universitários [11].

Para a obtenção da amostra foi realizado sorteio aleatório simples entre os alunos de todos os cursos oferecidos pelo Unisalesiano-Lins/SP. O número de alunos entrevistados por curso foi determinado através do produto entre o fator de proporcionalidade, que relaciona o tamanho da amostra com o tamanho da população estudada, e o número total de alunos do respectivo curso.

Para se obterem as informações necessárias sobre o consumo de tabaco, utilizou-se um questionário pré-codificado, individual e confidencial, adaptado da Organização Mundial da Saúde, validado no Brasil pelo Instituto Nacional do Câncer, com perguntas relacionadas ao hábito tabágico, distribuídas em três domínios, direcionadas aos fumantes regulares e fumantes ocasionais, aos ex-fumantes

e aos não fumantes. Este questionário continha variáveis demográficas (idade, sexo e cor), socioeconômicas (renda familiar em salários mínimos vigentes na época da pesquisa), variáveis relacionadas ao tabagismo (se é fumante, tipo de fumo, consumo diário, idade de início, tempo de tabagismo e, caso ex-fumante, tempo de tabagismo e de suspensão do fumo), tipo de tabaco (industrializado, confeccionado pelo próprio fumante, charuto e cachimbo), convivência com fumantes (pais, irmãos, amigos) e local de convivência (casa, universidade, trabalho). Também foram investigados o consumo de bebidas alcoólicas, prática de esportes e presença de sintomas como tosse seca, produtiva e "chiado no peito".

O ponto de corte para a definição de fumante foi ter fumado um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês, e para ex-fumantes aqueles que na ocasião da pesquisa não eram fumantes, mas que o haviam sido no passado.

O questionário foi aplicado diretamente aos alunos após esclarecimentos e orientações básicas sobre os objetivos da pesquisa em questão, ficando o universitário livre para decidir sobre sua participação.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo 01/2008) do Centro Universitário de Lins (Unilins) e atende à resolução no. 196, de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS). Nele estão garantidos os consentimentos livres e esclarecidos, a privacidade, a confidencialidade e o anonimato, com respeito aos valores socioculturais.

Foi utilizado o teste do qui-quadrado para avaliar a existência de associações entre as variáveis analisadas, sendo considerado o valor de $p < 0,05$ para significância estatística.

Resultados

Foram entrevistados 182 alunos, dos quais 154 se declararam não fumante, representando 84,6% da amostra. A prevalência de tabagismo foi de 11,0% (20), sendo 75,0% de fumantes regulares (15) e 25,0 % de fumantes ocasionais (5). Como ex-fumantes foram classificados 4,4% dos alunos (8).

Em relação à distribuição da amostra de acordo com o sexo, foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), uma vez que 67,6% dos entrevistados eram do sexo feminino, e dentre os universitários tabagistas, 80,0% pertenciam a este gênero.

A média de idade da população estudada foi de 22,8 ± 3,6 anos. Em relação à idade de início do tabagismo, pôde-se observar que 65% dos entrevistados fumantes começaram a fumar com idade entre 15 e 19 anos (13) (Tabela I). A média declarada de idade em que se iniciou o hábito tabágico foi de 16,9 ± 2,9 anos.

Tabela I - Características do tabagismo entre estudantes do Unisalesiano-Lins/SP quanto à idade de início do tabagismo, número de cigarros fumados por dia e tempo de fumo no ano de 2009.

	n	%
Idade de início		
10 a 14 anos	3	15,0
15 a 19 anos	13	65,0
20 a 24 anos	4	20,0
> 25 anos	0	0,0
Número de cigarros por dia		
1 a 5 cigarros/dia	8	40,0
6 a 10 cigarros/dia	8	40,0
11 a 15 cigarros/dia	0	0,0
16 a 20 cigarros/dia	2	10,0
> 20 cigarros/dia	2	10,0
Tempo de fumo		
< 1 ano	2	10,0
1 a 3 anos	3	15,0
4 a 6 anos	10	50,0
> 6 anos	5	25,0

Considerando os fumantes regulares e ocasionais como um único grupo de fumantes, verificou-se que os cursos com as maiores prevalências de tabagismo foram: Química (40,0%), Terapia Ocupacional (40,0%), História (20,0%), Psicologia (18,2%), Enfermagem (17,6%) e Letras (14,3%) (Figura 1). Já os cursos de Matemática, Administração, Ciências Contábeis e Pedagogia não apresentaram nenhum dos estudantes entrevistados como fumantes.

A renda familiar acima de 4,0 a 7,0 salários mínimos foi predominante (70%) no grupo de tabagistas (Tabela II).

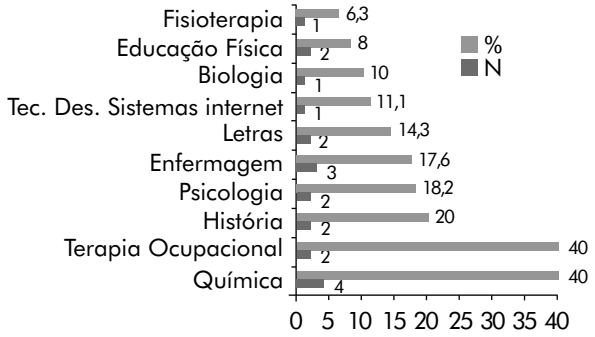
Tabela II - Renda familiar em salários mínimos no grupo tabagista.

Renda Familiar (salários mínimos)	n	%
< 1,5	0	0,0
1,5 a 3,9	5	25,0
4,0 a 7,0	14	70,0
>7,0	1	5,0

Em relação à questão sobre os tipos de tabaco utilizados pelos universitários, foi observado que todos os entrevistados (20) utilizavam cigarros industrializados. Em média, fumavam-se 8,4 ± 7,9 cigarros por dia e 80,0% (16) dos alunos consumiam entre um e cinco cigarros por dia (Tabela I).

Ao se avaliar a distribuição conjunta do número de anos em que o aluno fumava e a quantidade de cigarros consumidos por dia, verificou-se que quanto maior o tempo de tabagismo, maior a quantidade de cigarros fumados por dia, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Figura 1 - Prevalência de tabagismo nos cursos do Unisalesiano-Lins/SP.



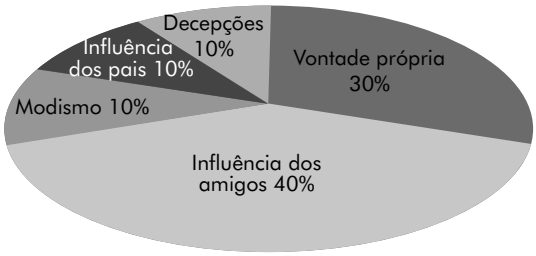
Considerando os hábitos e atitudes tabágicas, foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os alunos fumantes regulares (40,0%) e os ocasionais (60,0%) para as questões relacionadas ao fumar mesmo estando doente. Já em relação aos malefícios à saúde secundários ao uso de cigarros, não houve diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os fumantes regulares (53,3%) e ocasionais (60,0%). O mesmo se aplica ao aconselhamento de profissionais da saúde na cessação do tabagismo: fumantes regulares (73,3%) e fumantes ocasionais (80,0%).

Com relação aos sintomas decorrentes do hábito tabágico, 85,0% (17) dos fumantes apresentam algum tipo de sintoma como: falta de ar, "chiado no peito", tosse seca ou gripe/resfriados frequentes, sendo a média de tempo de fumo entre estes de 6,3 anos. Entre todos os fumantes, 30% apresentam ou já apresentaram algum tipo de doença respiratória.

Dos motivos que levaram os pesquisados a começar a fumar, a influência dos amigos foi o mais citado, com 40,0% das respostas. Em seguida, 30,0 % iniciaram nesta prática por vontade própria, e com 10,0 % cada por modismo, influência dos pais e decepções (Figura 2).

Cerca de 55,0% dos alunos fumantes fazem uso de bebidas alcoólicas e apenas 35,0% deles praticam atividade física. Residem com os pais 60,0%, e com outros universitários, 25,0%.

Figura 2 - Motivos que desencadearam o hábito tabágico.



Dos alunos que se declararam ex-fumantes, todos responderam ter conseguido deixar de fumar por vontade própria.

A maioria dos alunos que se declararam não fumantes afirmou conviver com fumantes, o que representou 57,1% da amostra, sendo predominante a convivência com fumantes na universidade, com 44,3% das respostas dadas (Tabela III).

Tabela III - Distribuição dos alunos não fumantes de acordo com a convivência com fumantes.

Convivência com fumantes	n	%
Universidade	39	44,3
Domicílio	27	30,7
Trabalho	22	25,0
Não convivem com fumantes	66	42,9

Discussão

Não há outro fator de risco descrito na literatura capaz de causar taxas tão elevadas de morbimortalidade direta ou indiretamente como o tabagismo [12]. Por isso, este estudo propôs descrever o perfil e hábitos do consumo tabágico entre os estudantes de todos os cursos do Unisalesiano-Lins/SP.

Há cerca de um bilhão de homens fumantes no mundo, sendo que 50% deles estão em países em desenvolvimento. As tendências das prevalências de fumo no sexo masculino mostram uma mínima e lenta redução, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. No sexo feminino, ao contrário, encontram-se prevalências em elevação, principalmente em países em desenvolvimento [1].

Em nosso estudo, 67,6% dos entrevistados foram do sexo feminino, e houve significância esta-

tística para a prevalência de fumantes deste gênero (80,0%), confirmando esta tendência mundial.

Em âmbito mundial, podem ser encontrados diversos estudos de prevalência tabágica, demonstrando características diferenciadas das encontradas no Brasil. Mesmo frente à tendência de crescimento do tabagismo entre universitários em âmbito internacional, no Brasil podemos observar o oposto, através de estudos que avaliaram a tendência tabágica entre os alunos das principais universidades brasileiras, que apontam para uma redução do tabagismo entre os universitários nas últimas décadas [12]. Resultado semelhante foi observado em nosso estudo, em que a prevalência de tabagismo entre os universitários do Unisalesiano-Lins/SP foi de 11,0%.

Um fator que merece destaque em estudos de prevalência de tabagismo é o tipo de tabaco mais utilizado em determinada população de fumantes. Alguns autores [8], ao estudarem as preferências de universitários norte-americanos pelo tipo de tabaco, detectaram que mais da metade dos alunos tabagistas utilizava cigarro industrializado. Segundo outros autores, este tipo de tabaco é o mais consumido entre os universitários, seguido por cachimbo e charuto [7]. Entre os alunos do Unisalesiano-Lins/SP, todos aqueles que se declararam fumantes utilizavam cigarros industrializados.

Esta preferência de consumo tabágico é preocupante e representa a realidade atual entre os jovens. Além disso, vale ressaltar que a idade de experimentação e início do hábito tabágico precoce, ou seja, antes dos vinte anos de idade, está comumente associada ao período de transição do indivíduo, do nível de ensino médio para o superior, sendo que muitos jovens podem apresentar o primeiro contato com o cigarro quando estão ingressando na universidade. Além disso, em outro estudo foi relatado que mais de 50% dos estudantes tabagistas regulares tendiam a aumentar o consumo tabágico após a admissão ao ambiente universitário [10].

O primeiro contato com o cigarro para a maioria dos universitários ocorreu antes de 17 anos [13] e o tabagismo durante a adolescência é um preditor para o hábito na idade adulta [14]. Isso permite inferir que o consumo tabagístico seja predominante após os 25 anos. Uma grande parcela dos estudantes do Unisalesiano-Lins/SP (80,0%), iniciou o hábito tabágico antes dos 20 anos.

Um ponto que merece destaque é o consumo de bebidas alcoólicas, pois, além de causar inúmeras doenças, quando do seu uso combinado ao tabaco, somam-se os efeitos nocivos deste último, além do alcoolismo ser fator dificultador para a interrupção do tabagismo [9]. Isto indica que quem bebe fuma mais, o que está de acordo com nossa pesquisa, haja vista que 55,0% associam o uso do tabaco à ingestão de álcool.

Ao se avaliar a opinião dos estudantes fumantes do Unisalesiano-Lins/SP em relação à capacidade e pretensão de cessar o hábito tabágico, observou-se que 90,0% dos universitários tabagistas supunham ser capazes de interromper o hábito, subestimando, assim, sua dependência ao cigarro.

Embora 70% dos fumantes manifestem desejo de parar de fumar, somente 5% conseguem fazê-lo sem auxílio de profissionais da saúde. Além disso, há escassez no número e no treinamento de profissionais capacitados para abordar o paciente tabagista e empreender medidas de intervenção. Ademais, o número de serviços de apoio para abandono do fumo é insuficiente, assim como a distribuição gratuita de medicamentos utilizados na cessação do tabagismo na rede pública [2].

Os alunos da área de ciências biológicas devem merecer um enfoque diferenciado em relação ao uso de álcool e de outras drogas, pois, futuramente, são eles que levarão as noções básicas de saúde à comunidade. Assim, é importante conhecer o padrão de consumo, as atitudes e o conhecimento em relação às drogas entre esses alunos [15].

As prevalências de tabagismo entre estudantes de cursos da área de saúde são inferiores aos resultados encontrados entre alunos de outros cursos superiores [9]. Alguns autores verificaram menores prevalências de estudantes fumantes entre os procedentes das faculdades de ciências da saúde dentre todos os estudantes da Universidade de Jordânia [7]. Entretanto, na presente pesquisa, observou-se que a prevalência de tabagismo nos cursos dessa área alcançou o terceiro e quarto lugares (Psicologia e Enfermagem, respectivamente).

O aconselhamento profissional sobre os malefícios decorrentes do tabaco faz-se importante instrumento na luta contra o tabagismo. De acordo com nosso estudo, 25,0% dos fumantes nunca receberam orientações sobre o hábito tabágico, o que demonstra uma lacuna nas políticas de prevenção nas instituições de ensino superior. A alta prevalência de fumantes interessados em deixar de fumar sugere que, neste grupo, ações para cessação do tabagismo seriam eficazes e possivelmente trariam efeitos positivos [13].

Além disso, outra característica importante encontrada foi o fato de grande parcela de universitários não tabagistas conviverem de forma involuntária com fumantes, principalmente na universidade, gerando repercussões proporcionalmente maléficas na saúde.

Conclusão

Os estudantes universitários tabagistas caracterizam-se por conhecer os malefícios ocasionados pelo tabaco e por subestimar sua dependência ao mesmo. Estes estudantes estão vivendo na primeira fase da história natural do tabagismo e apostando com a sorte de não ter doenças futuras. Motivá-los a parar de fumar seria a melhor abordagem para esse grupo.

Assim, os resultados obtidos nesta pesquisa podem ajudar a elaborar estratégias para a cessação do hábito e não iniciação no mesmo nessa população. Algumas medidas que podem ser adotadas são: detecção precoce do hábito, fornecimento de informação científica, programas de professores/tutores (que seriam instruídos e treinados para detectar problemas dessa ordem), e como recomenda a *American College of Health Association* e a *American Cancer Society,* proibição da venda, publicidade e distribuição de amostras gratuitas de produtos derivados do tabaco nos campi universitários, além de vetar o uso do tabaco em todos os locais da instituição. Ainda, maior carga horária para as disciplinas que abordam o uso de álcool e drogas lícitas e ilícitas é uma medida interessante.

Ao identificar os grupos mais expostos, podemos direcionar uma política de conscientização e prevenção para esta população, podendo ser mais bem sucedida do que uma ação que aborde igualmente a todos.

Referências

1. World Health Organization. Male smoking: tobacco free initiative. Geneva: WHO; 2003.
2. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISAM, Fernandes RF, Boscolo MM, Frazatto CRG. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. Rev Saúde Pública 2008;42(2):353-5.
3. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública 2003;37(1):1-7.
4. Andrade APA, Bernardo ACC, Viegas CAA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. J Bras Pneumol 2006;32(1):23-8.
5. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Ação global para o controle do tabaco. Primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Moskal PD, Dziuban CD, West GB. Examining the use of tobacco on college campuses. J Am Coll Health 1999;47(6):260-5.
7. Haddad LG, Malak MZ. Smoking habits and attitudes towards smoking among university students in Jordan. Int J Nurs Stud 2002;39(8):793-802.
8. Rigotti NA, Lee JE, Wechsler H. US college students use of tobacco products: results of a national survey. JAMA 2000;284(6):699-705.
9. Baska T, Straka S, Mad'ar R. Smoking habits in university students in Slovakia. Cent Eur J Public Health 2000;8(4):245-8.
10. Halperin AC, Rigotti NA. US public universities' compliance with recommended tobacco-control policies. J Am Coll Health 2003;51(5):181-8.
11. Oliveira EFT, Grácio MCC. Análise a respeito do tamanho de amostras aleatórias simples: uma aplicação na área de Ciência da Informação. Revista Ciência da Informação 2005;6(3).
12. Menezes A, Horta BL, Oliveira AL. Attributed risk to smoking for lung cancer, laryngeal cancer and esophageal cancer. Rev Saúde Publica 2002;36:129-34.
13. Rodrigues ESR, Cheik NC, Mayer AF. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. Rev Saúde Pública 2008;42(4):672-8.
14. Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giovino GA. Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US High School students. JAMA 1993;269(11):1391-5.
15. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. Rev Saúde Pública 2006;40(2):280-8.

Revisão

Sexualidade e juventude em tempos de Aids

Simone Mendes Carvalho, M.Sc.*, Joséte Luzia Leite, D.Sc.**, Cristiano Bertolossi Marta, M.Sc.***, Graciele Oroski Paes de Lima, M.Sc.****, Marcio Tadeu Ribeiro Francisco, D.Sc.*****

**Doutoranda Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Publica Sérgio Arouca (ENSP) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), **Professora Assistente da Universidade Veiga de Almeida (UVA), Enfermeira, Profa. Titular Emérita da EEAP (UNIRIO), Profa. convidada da EEAN (UFRJ), Membro do Núcleo de Pesquisa, Educação, Gerência e Exercício Profissional da Enfermagem (GEsPEN), Pesquisadora 1A do CNPq, ***Enfermeiro, Professor Assistente e Coordenador Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida - Campus Cabo Frio, ***Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ****Doutoranda em Enfermagem pela EEAN-UFRJ, Prof. Assistente da Universidade Veiga de Almeida (UVA), Membro do Quadro de Saúde do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio Janeiro (CBMERJ), *****Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UERJ e Coordenador Geral do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida*

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a produção do conhecimento, através da pesquisa bibliográfica, sobre a temática "sexualidade, juventude e Aids" e a partir dessa análise, problematizar as idéias mais recorrentes nas considerações sobre os aspectos relacionados à vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV. A pesquisa bibliográfica foi operacionalizada através da busca eletrônica de 15 artigos indexados em base de dados Lilacs e Scielo com recorte temporal de 1985 a 2006. Vários temas surgem quando se discute sexualidade e HIV/Aids, dentre eles gravidez na adolescência, violência, questões de gênero, pauperização, uso de drogas lícitas e ilícitas, conhecimento inadequado sobre práticas de sexo seguro. Concluiu-se que a sexualidade humana é complexa e compreendida historicamente pelo aspecto biológico. Atualmente os jovens estão inseridos em uma conjuntura onde as desigualdades sociais, a violência e as questões de gênero são determinantes na vulnerabilidade desse grupo.

Palavras-chave: sexualidade, jovens, HIV, Aids, gênero, vulnerabilidade.

Abstract

Sexuality and youth in the time of Aids

This article aims at analyzing the knowledge production, through a literature review, about "sexuality, youth and Aids" and then questioning the most recurrent ideas concerning young people's vulnerability to HIV infection. It was used Lilacs and Scielo databases to identify 15 indexed articles from 1985 to 2006. Several themes emerge when we discuss sexuality and HIV/Aids, among them pregnancy in adolescence, gender questions, pauperization, use of licit and illicit drugs, lack of knowledge about safe sex practices. It was concluded that human sexuality is complex and historically understood through the biological aspect. Nowadays young people are inserted in a conjuncture in which social inequalities, violence and gender are determinant in the vulnerability of this group.

Key-words: sexuality, young people, HIV, Aids, gender, vulnerability.

Artigo recebido em 24 de abril de 2009; aceito em 14 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Simone Mendes Carvalho, Rua Santa Rita de Cássia, Lt 14 QD I Bairro Viaduto 28970-000 Araruama RJ, Tel: (22) 2665-0646, E-mail:simonecarv@terra.com.br

Resumen

Sexualidad y juventud en tiempos del Sida

Este artículo tiene como objetivo analizar la producción del conocimiento, a través de investigación bibliográfica, sobre el tema "sexualidad, juventud y Sida" y partiendo de ese análisis, cuestionar las ideas más recurrentes sobre los aspectos relacionados a la vulnerabilidad de los jóvenes a la infección por el VIH. La investigación bibliográfica fue realizada a través de la búsqueda electrónica de 15 artículos indexados en las bases de datos Lilacs y Scielo (1985 – 2006*).* Diversos temas surgen cuando se discute sexualidad y VIH/Sida, entre ellos gravidez en la adolescencia, violencia, cuestiones de género, pauperización, uso de drogas lícitas e ilícitas, desconocimiento sobre prácticas de sexo seguro. Se concluyó que la sexualidad humana es compleja y comprendida históricamente por el aspecto biológico. En la actualidad los jóvenes están insertados en una coyuntura caracterizada por desigualdades sociales, violencia y cuestiones de género que son determinantes en la vulnerabilidad de ese grupo.

Palabras-clave: sexualidad, jóvenes, HIV, Sida, género, vulnerabilidad.

Introdução

A humanidade sempre conviveu com várias epidemias, cada uma em seu tempo. Muitas pessoas sofreram, foram marginalizadas e morreram até que a cura de doenças como a tuberculose, hanseníase e sífilis fosse descoberta e o controle aplicado em grande escala.

No final do século XX, nos deparamos com uma nova epidemia, a Aids, a qual nem com todos os avanços tecnológicos, a sociedade tem conseguido debelar ou controlar. Segundo Ayres, a Aids é uma nova entidade clínica que surgiu depois de grandes avanços de técnicas e tecnologias de cuidado à saúde e prevenção de agravos [1].

Nesse sentido, populações estão sendo dizimadas e um exemplo desse fato é a situação dos países da África, onde se estima que, desde o início da epidemia, o número de africanos infectados pelo vírus HIV seja de 25 milhões. Só durante o ano de 2006, 2,1 milhões de africanos morreram com HIV/Aids. Das mortes causadas pela Aids no mundo, 72% delas ocorreram na África, sendo que 95% dos órfãos por Aids são africanos. Isto é alarmante, considerado que na África vive apenas 10% da população mundial [2].

Ainda de acordo com a UNAIDS e a Organização Mundial de Saúde, há cerca de 39,5 milhões de pessoas vivendo com o HIV/Aids em todo o mundo, sendo que aproximadamente 4,3 milhões de pessoas foram infectadas no ano de 2006 (2,7 milhões com idade entre 15 e 49 anos e 1,6 milhão de mulheres).

A Coordenação Nacional de DST/Aids [3] informa que a Aids foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um elevado número de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco/Califórnia e Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, resultando na conclusão que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível.

No entanto, grandes pesquisadores envolvidos nesta epidemia, tais como Mann *et al.* e Kanabus e Fredriksson [4,5], inferem que a disseminação do HIV no mundo teve início no transcorrer da década de 70. Estes autores relatam ainda que este período é conhecido como o período do silêncio no qual propiciou a disseminação do HIV pelo mundo.

Passados todos estes anos, caracterizada como pandemia, a Aids vem assolando vários países, ceifando esperanças e vidas, principalmente em países com menores índices de desenvolvimento social.

> *"A Aids é uma pandemia, que já atinge todos os países filiados à Organização Mundial de Saúde e serão os esforços coletivos e a mobilização de esforços comuns que darão as soluções para os problemas impostos pela epidemia*" [6:39].

No Brasil, assim como em outros países, a epidemia do HIV/Aids apresenta-se de modo complexo e dinâmico. Dados recentes do Boletim Epidemiológico da AIDS [7], de 2006, divulgado em dezembro, mostram que o número de infectados é maior entre as mulheres, pessoas jovens e em situação de pobreza.

Assim, a Aids, que no início da epidemia era caracterizada para os "grupos de risco", passou também a ser de heterossexuais, homens, mulheres,

pessoas da terceira idade e crianças. Nesse sentido, várias denominações surgiram de acordo com as mudanças no perfil epidemiológico, dentre elas a *feminização, juvenilização, pauperização* e *interiorização da epidemia*, que são resultantes de profundas desigualdades sociais brasileiras [8].

Na maioria dos casos diagnosticados antes de 1983, a infecção pelo HIV aconteceu através do contato sexual, especificamente entre homossexuais masculinos. Com o avanço da epidemia e o aumento dos números de casos nas demais categorias, verificou-se uma queda progressiva da participação deste grupo nas notificações do Ministério da Saúde, chegando 47,98% dos casos notificados em 1990 [7].

Em 1983, ao analisar as categorias sexuais de exposição, constatou-se que 90% dos casos eram compostos por homo/bissexuais masculinos, chegando a 78% da participação destes nos anos 90. Os últimos dados demonstram que a categoria da exposição sexual representa 0,4% dos casos notificados, com o aumento significativo de casos entre heterossexuais (42,9% destes), com apenas 27,5% dos casos entre homo/bissexuais masculinos [7].

O boletim epidemiológico da Aids mostra ainda que até 2005, a estimativa de infectados era de 593.787 com taxa de prevalência de 0,61% na população entre 15 e 49 anos. De 2000 a 2005, 32 mil novos casos foram diagnosticados por ano. Mulheres com mais de 30 anos foi outro dado importante para a confirmação da feminização da epidemia, com 2.426 casos diagnosticados, sendo que 94% das transmissões foram por relações heterossexuais. Em 1996, em mulheres na mesma faixa etária, foram notificados 1.527 casos.

Quando citamos o termo *tempos de Aids* buscamos a compreensão deste contexto social, mundial e global que estamos vivendo e convivendo juntamente com essa epidemia. É entender esse tempo como uma reflexão para a construção de novas práticas sociais na promoção da saúde e prevenção da transmissão do HIV. É compreender a nossa postura diante de um problema real, que não admite um tratamento único, mas que só poderá ser desenvolvido mediante esforços interdisciplinares e intersetoriais.

A partir dessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar a produção do conhecimento, através da pesquisa bibliográfica, sobre a temática *sexualidade, juventude e Aids.* Pretende-se, a partir dessa análise, problematizar as idéias mais recorrentes nas considerações sobre os aspectos relacionados à vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV.

Materiais e métodos

A pesquisa bibliográfica que dá origem a este estudo foi operacionalizada mediante busca eletrônica de artigos indexados em base de dados (Lilacs e Scielo), a partir do cruzamento de palavras-chaves relacionadas à sexualidade dos jovens e a epidemia da Aids. As palavras utilizadas na busca foram: sexualidade, jovens, HIV, Aids, gênero, vulnerabilidade.

Além da busca eletrônica, foi realizada busca em livros, sítios da Internet, teses e artigos de revistas científicas. O período utilizado para o levantamento bibliográfico foi de 1985 a 2006, o qual se justifica pelo início da epidemia da Aids ter ocorrido na década de 80.

A seleção do material bibliográfico foi feita através da leitura prévia dos resumos dos artigos de periódicos indexados em língua portuguesa, espanhola e inglesa.

Utilizando-se os critérios apresentados para inclusão das referências, foi realizado um levantamento preliminar através de leitura seletiva dos resumos encontrados. Foram extraídos das bases de dados online, 15 artigos, os quais foram analisados utilizando uma abordagem qualitativa procurando identificar e interpretar as idéias centrais com a posterior categorização dos principais achados os quais deram origem a três categorias de análise: A vulnerabilidade no contexto do HIV/Aids, aspectos relacionados à vulnerabilidade dos jovens perante o HIV/Aids e as questões de gênero e sexualidade.

Resultados e discussão

A vulnerabilidade no contexto do HIV/Aids

Desde o início da década de 80, foram promovidas várias campanhas para prevenção e controle do HIV/Aids. As respostas à epidemia foram apresentadas em dois enfoques: o biomédico, com a identificação do vírus, seu mecanismo de ação, a resposta do sistema imunológico e o tratamento terapêutico que está centrado no comportamento individual e coletivo, implementando, portanto, a prevenção da transmissão ao HIV [9].

O conceito de risco, instituído no início da epidemia, trabalha com fatores probabilísticos de acor-

do com as características das populações afetadas, as quais são divididas em subgrupos com associações probabilísticas e com estatísticas significantes. Nesse sentido, Ayres *et al.* [1] afirmam que "No caso da Aids não foi diferente", pois os estudos epidemiológicos identificaram certos grupos populacionais que tinham mais chance de contrair o HIV do que a população em geral. Portanto, esse risco concreto resultou na caracterização de *grupo de risco*.

Giffin e Lowndes [10] afirmam que a prevenção da Aids foi coerente com a perspectiva biológica, direcionada para o comportamento de risco individual, com foco nas atividades sexuais entre homens, homens e prostitutas e com usuários de drogas.

As ações e os resultados práticos desse primeiro momento da epidemia foram voltados para esses grupos, mostrando necessidades no controle das populações identificadas como de risco, provocando o preconceito e a discriminação [1].

Um novo conceito foi utilizado como característica da transmissão em um segundo momento de resposta à epidemia da Aids: o comportamento de risco. De acordo com Ayres *et al.* "Esta construção desloca o risco da idéia de pertencimento identitário a um grupo populacional em direção à identificação dos comportamentos que efetivamente expõe as pessoas ao HIV" [1:395].

Os mesmos autores sugerem que esse direcionamento comportamental criou uma *culpabilização* individual, chamando-o para uma responsabilidade ao se infectar pelo HIV, pela não adesão ao comportamento seguro.

Com o passar dos anos, o perfil da epidemia teve várias modificações e atualmente ampliou-se a discussão sobre vulnerabilidade, que teve seu conceito elaborado por Jonathan Mann *et al*. [4] e que desde então tem sido citado pelos pesquisadores da área. Os autores enfatizam que diante de uma epidemia dinâmica e volátil como a da Aids são necessárias medidas mais detalhadas para uma avaliação da vulnerabilidade atual e futura à infecção pelo HIV.

Desta forma, Mann *et al.* [4] trabalham a vulnerabilidade em três aspectos: 1) Vulnerabilidade individual: refere-se ao nível de instrução e a qualidade de informação que os indivíduos têm a respeito do problema, a capacidade de absorção dessas informações e a real possibilidade de transformá-las em preocupações e práticas seguras. A percepção de risco, as características pessoais e a habilidade em negociar o sexo seguro influenciam na vulnerabilidade do indivíduo; 2) Vulnerabilidade social: expande-se além do individual, fornecendo subsídios à sociedade para avaliar a condição de uma coletividade. Considera-se que mudanças de práticas não dependem somente do indivíduo, mas de acesso à informação, à escolaridade, aos recursos e à intervenção em discussões políticas. Incluem-se também as relações de gênero, atitudes em relação à sexualidade e às crenças religiosas. Portanto, a vulnerabilidade social inclui tanto a doença quanto o impacto sócio econômico provocado pela Aids; 3) Vulnerabilidade programática: está relacionada aos programas voltados para a prevenção, controle e assistência à Aids sendo um elo importante entre o individual e o social, pois são desenvolvidas ações de combate à Aids que vão influenciar tanto a vulnerabilidade individual, com os aspectos de prevenção, quanto o social, a partir da avaliação do grau de vulnerabilidade no país.

Com essa abordagem o autor procura analisar, de forma mais abrangente, as características da pandemia da Aids e anuncia modelos mais amplos para o processo saúde-doença-prevenção direcionada na extensão pela qual os indivíduos tomam decisões livres e informadas sobre suas vidas.

Assim o conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer se expor à Aids, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para sua maior ou menor chance de exposição diante do problema [11].

Mann *et al.* [4] enfocam que a prevenção do HIV ou a responsabilidade para a prevenção do HIV requer três elementos: informação/educação, serviços de saúde e sociais e um ambiente social de apoio. A vulnerabilidade pessoal à infecção pelo HIV aumenta quando o indivíduo não conhece as práticas de prevenção ou não está preocupado o suficiente em relação ao perigo de infecção pelo HIV. A vulnerabilidade social também aumenta quando o indivíduo carece de habilidades, acesso aos serviços necessários, suprimentos ou equipamentos e o poder ou confiança para sustentar ou implementar mudanças comportamentais.

Portanto, os aspectos de vulnerabilidade individual, social e programática mostram que os atuais conceitos de risco têm de ser compreendidos dentro de uma nova perspectiva, não mais da quan-

tificação de práticas e comportamentos arriscados, mas na compreensão das condições que tornam as pessoas mais ou menos vulneráveis e dos fatores sócio-culturais que interferem na adoção de certos comportamentos.

Aspectos relacionados à vulnerabilidade dos jovens perante o HIV/Aids

Devemos considerar que há vários fatores que influenciam na vulnerabilidade à infecção pelo HIV na população jovem, os quais estão relacionados à imaturidade cognitiva e percepções de invulnerabilidade. Um estudo, realizado com mulheres jovens, afirma que geralmente o adequado conhecimento sobre as chances de infecção pelo HIV não são suficientes para alteração de comportamentos e adoção de medidas preventivas [12].

Apesar de os programas de prevenção que concentram seus esforços no público jovem, pesquisas mostram práticas indevidas que aumentam o risco de transmissão do vírus nessa faixa etária. Esse fato está relacionado a vários fatores como: conhecimento inadequado sobre a transmissão do HIV, não aceitação ao uso do preservativo, dificuldades na negociação do sexo seguro, iniciação sexual precoce [13-15].

A pauperização da epidemia é um dos aspectos relacionados à vulnerabilidade à infecção pelo HIV, como conseqüência de grandes desigualdades sócio-econômicas. De acordo com a Unesco [16], esse fator revela a dimensão social da epidemia considerando estratégias utilizadas anteriormente no seu enfrentamento.

A Unicef [17], em seu relatório sobre a situação da infância em 2005, conceitua a pobreza como um fator de privação e apresenta indicadores que compõe um conceito multidimensional de pobreza que vão além da simples análise de renda familiar: a pobreza de renda; a mortalidade infantil; a falta de acesso à água potável; a falta de serviços de saneamento básico; a falta de acesso à educação e a má qualidade do ensino.

O índice de escolaridade é um dos indicadores que tem relação direta com a epidemia, pois no início da sua incidência, as pessoas infectadas pelo vírus HIV com escolaridade conhecida, tinham nível superior. Hoje mais de 60% dos casos de Aids são registrados em analfabetos ou pessoas com até oito anos de estudo. Nesse sentido, o nível de escolaridade causa um grande impacto nos jovens quando relacionado à Aids, sobretudo em quem possui menos de quatro anos de estudo [18].

A baixa escolaridade reflete em menores oportunidades desses jovens em relação ao emprego, deixando-os sem perspectiva para o futuro e, portanto vulneráveis. Segundo Melo [19], a vulnerabilidade nesse aspecto permite mostrar como determinados processos sociais conduzem a um evento potencialmente adverso, uma incapacidade de resposta e uma inadequada adaptação das pessoas para a nova situação.

As políticas neoliberais foram as grandes responsáveis pelo agravamento das desigualdades sociais, uma vez que provocou um desajuste global e social. Soares [20] mostra que esses desajustes provocaram o surgimento de novas condições de exclusão social em grupos que antes eram *incluídos* a partir de sua inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, os jovens convivem com a insegurança, escassez de oportunidades e exclusão. Como conseqüência esses aspectos estão associados ao elevado índice no consumo de álcool e drogas, além da violência estrutural e a alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis [18].

A atividade sexual desprotegida não é uma prática exclusiva dos jovens, porém o uso inadequado do preservativo nessa faixa etária é amplamente discutido, visto que, desde o surgimento da epidemia no país, a população mais afetada pelo vírus HIV é a de 25 a 39 anos, e considerando o período de incubação do vírus, os jovens estão se infectando entre os 15 e 25 anos [7].

Pesquisas sobre o uso do preservativo entre os jovens mostram que a sua utilização aumentou, porém isso não significa seu uso constante, principalmente em relações eventuais [22-25]. Portanto, inúmeros fatores são enumerados nesses estudos como associados aos relacionamentos afetivo-sexuais. Dentre eles podemos citar o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação dos contraceptivos, especificidades relacionadas ao gênero, o tipo de envolvimento afetivo do momento, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e de autonomia alcançados nessa faixa etária.

O uso do preservativo masculino é uma prática de dupla proteção, tanto para a gravidez como para as DST/Aids. Nesse sentido, ao discutirmos gravidez na adolescência, estamos nos referindo ao não uso desse método e, portanto, mais um fator para a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Segundo o

Ministério da Saúde, no período de 1996 a 2000 houve um acréscimo de 1,8% no percentual de partos na faixa etária de 10 a 14 anos. Do total de jovens entre 15 e 17 anos, 8,5% já engravidaram e 18% destas tiveram mais de um filho [26].

Esses aspectos de vulnerabilidade dos jovens perante a epidemia do HIV/Aids retratam que em um país com dimensões continentais e grandes disparidades sociais como o Brasil, "a resposta à epidemia do HIV/Aids na juventude passa necessariamente pelo enfoque intersetorial – saúde, educação – abrangendo as três esferas da estrutura governamental (Executivo, Legislativo e Judiciário), e a sociedade civil organizada" [16:20].

Gênero e sexualidade

O conceito de gênero surgiu para enfatizar a importância do social em contraposição à visão que considera a condição feminina como natural e determinada pela biologia [10], e a definição de gênero refere-se à concepção do que é ser masculino e feminino, homem e mulher na sociedade. Nesse sentido, há uma significação sexual que é definida não apenas na diferenciação do sexo por características biológicas. Tal significação aparece como normas, valores, percepções e representações que acompanham a vida dos sujeitos. O corpo ganha uma significação social que é definida como referência sobre o que é ser masculino e feminino [27].

Aquino afirma que

> "(...) durante muito tempo, as diferenças em saúde entre homens e mulheres foram naturalizadas, com base em teorias biológicas pretensamente neutras. Muitos autores têm buscado mostrar que isso resulta de concepções de gênero, nas quais o homem é considerado modelo universal do humano e a mulher como outro, especial, desviante" [28].

Percebemos que o conceito de gênero confirma que as relações entre os sexos são desiguais, e que as desigualdades abrangem amplamente as questões do poder. Está bem claro que o ser mulher e o ser homem são construções sociais, políticas e ideológicas.

Segundo Giffin [29], atualmente atravessamos uma *transição de gênero* que se deve a nova condição da mulher no mercado de trabalho, onde muitas são as provedoras do lar, refletindo em uma mudança tanto da condição feminina quanto da masculina.

Portanto, há uma atualização ideológica dos gêneros em que há uma "nova mulher", porém essa nova condição permite um aprofundamento nas desigualdades de gênero e classe, visto que essa *nova mulher* está interligada a dupla jornada de trabalho e exploração [29].

Apesar de as definições já existentes, é importante destacar que a representação do gênero encontra-se em eterna construção, pois fazem parte da sua constituição as organizações sociais e as representações culturais historicamente específicas. Nesse sentido, as desigualdades, tanto de gênero quanto de classe social, refletem em dificuldades específicas na negociação do uso de preservativo, sendo mais evidentes nas camadas sociais menos favorecidas [8].

Para Souza e Paiva [30], homens e mulheres apresentam comportamentos diferentes em decorrência do processo de socialização que experimentam ao longo de suas vidas, o que estabelece padrões diferenciados de vulnerabilidade entre eles.

Shisan e Davids [31] reforçam a idéia de que as práticas sexuais, originadas em sociedades patriarcais que promovem a superioridade do homem perante a mulher, são fatores que influenciam na vulnerabilidade à infecção pelo HIV, baseadas em questões de gênero. Como exemplo, as autoras descrevem que em algumas culturas, como o sul da África, os homens são estimulados a terem várias mulheres, enquanto que dessas espera-se que sejam monogâmicas.

A sexualidade é um termo complexo que conjuga aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais, éticos e religiosos/espirituais que são construídos em seu tempo, em sua cultura e seu cotidiano. Não é só o fator biológico que se refere ao sexo, mas uma das dimensões do ser humano a qual envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução [16].

Na sociedade contemporânea, são muitos os significados da sexualidade devido à importância dos fatores sócio-culturais e dos padrões e experiências individuais. Para Gama [32], ela se apresenta como uma experiência culturalmente informada e moldada pelo mundo interno e material.

Nesse sentido, gênero e sexualidade são amplamente discutidos quando relacionamos os jovens no contexto da epidemia do HIV/Aids. Borges *et al.* [33], em seu estudo com jovens em São Paulo,

mostraram que o início da vida sexual dos adolescentes é, na sua maioria, de forma não planejada. Além disso, o estudo mostra uma tendência na antecipação do início da vida sexual entre meninas antes dos 15 anos de idade.

Os conceitos de fidelidade, monogamia, confiança, parceiro fixo, são apontadas, nas literaturas consultadas sobre o tema, como fatores para o não uso preservativo, principalmente por parte das mulheres, devido à dificuldade na sua negociação. Geluda afirma que: "A recomendação de uso do preservativo masculino nem sempre pode ser discutida e negociada antes da relação sexual, o que coloca a mulher, que precisa solicitar o seu uso, numa situação em que depende da anuência do parceiro" [23].

Segundo o Boletim Epidemiológico de 2006, a razão de sexos, em relação à infecção pelo HIV vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher em 1986, para 1,5 homens por mulher em 2005. Isso evidencia a feminização da epidemia associada a sua pauperização, como discutido anteriormente.

As mulheres jovens em risco de exclusão social são especialmente vulneráveis à infecção pelo HIV, uma vez que muitas se prostituem como via alternativa de sobrevivência [12]. De acordo com Giffin, a vulnerabilidade do gênero feminino não pode ser abstraída da vulnerabilidade resultante da pobreza [29].

Para avaliarmos o impacto da Aids em diversas comunidades e projetar programas de intervenção mais eficazes é necessário buscar conhecimentos culturalmente sensíveis das crenças e hábitos da comunidade com a qual estamos lidando [34].

Conclusão

A literatura e as fontes revisadas que serviram de base para a realização deste estudo mostraram que a sexualidade dos jovens, quando relacionada à epidemia da Aids, aponta para duas grandes questões: a) a sexualidade humana é complexa e não se resume somente ao aspecto biológico; b) os jovens estão inseridos em uma conjuntura onde as desigualdades sociais, a violência, e as questões de gênero são determinantes na vulnerabilidade desse grupo.

A gravidez na adolescência, no início sexual precoce e o desconhecimento sobre como lidar com as formas de prevenção à transmissão do vírus são fatos retratados na bibliografia estudada, que constatam a importância da promoção da saúde e a mudança das estratégias das campanhas de prevenção para além do fator biológico.

A epidemia da Aids mostrou que essa é uma doença complexa e que sua prevenção não se restringe apenas na mudança de comportamento, pois como afirma é necessário trabalhar o jovem como sujeito social, capaz de gerar respostas alternativas para os problemas identificados, com o fortalecimento das redes sociais e a mobilização comunitária, visando o alcance de mudanças estruturais.

A educação é outro fator fundamental para que os jovens possam ter conhecimento sobre o contexto em que vivem com o objetivo de transformar sua realidade. É necessário que os jovens tenham perspectivas e oportunidades para conseguir essa transformação. Só assim poderão ter condições para promover a sua saúde e a dos outros, sendo um multiplicador dessas ações.

Referências

1. Ayres JRM, Calazans GJ, Saleti Filho HC, França-Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Fiocruz; 2006.
2. UNAIDS – União das Nações Unidas para a Aids/ Organização Mundial de Saúde. Aids epidemic update [online]. [citado 2006 Jan 18]. Disponível em: URL: http://www.unaids.org.br
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. Vigilância do HIV no Brasil. Novas diretrizes. Brasília: MS; 2002. 82p.
4. Mann J, Tarantola D JM, Netter Yhomas W. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: ABIA: IMS UERJ; 1993.
5. Kanabus A, Fredriksson J. History of AIDS 1987 – 1992 [on line]. [citado 2006 Jan 17]. Disponível em URL:http//www.avert.org.br.
6. Terto JR, Veriano A. Aids e o local de trabalho no Brasil. In: Parker R, ed. Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA; 1997.
7. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos – Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST 2006; Ano III, n. 1 – 01a-26a semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2006. Brasília: MS; 2006.
8. Parker R, Camargo Junior KR. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saúde Pública 2000;16(supl 1):89-102.
9. Parker R. A construção da solidariedade Aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Dumará; 1994.
10. Giffin K, Lowndes CM. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. Soc Sci Med 1999; 48:283-292.

11. Ayres JRCM. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Parker R, Barbosa RM, ed. Sexualidades pelo avesso – direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999.
12. Sanches KRB. A Aids e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
13. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad Saúde Pública 2006;22(7):1385-96.
14. Taquette SR, Vilhena MMP, de Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2004;20(1):282-90.
15. Aquino EML, Heilborn ML, Knauth D, Bozon M, Almeida MC, Araújo J, Menezes G. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad Saúde Pública 2003;19(Supl.2): S377-S388.
16. Unesco. Aids o que pensam os jovens – políticas e práticas educativas. Brasília: UNESCO; 2002.
17. Unicef. Situação Mundial da Infância. Brasil [online]; 2005. [citado 2006 Jan 16]. Disponível em URL:http//www.unicef.org.br
18. Rede Nacional Feminista de Saúde. Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva [online]. Agosto, 2004. [citado 2006 Jan 17]. Disponível em URL: http//www.redesaude.org.br
19. Melo HP. Gênero de pobreza no Brasil. Relatório final do projeto "Gobernabilidad democrática de género en America Latina y el Caribe". Brasília: CEPAL/Secretaria Especial de Políticas para as mulheres; 2005.
20. Soares LT. O desastre social. Rio de Janeiro: Record; 2003.
21. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública 2000;16(supl.1):65-76.
22. Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Sousa MH, Pinto-Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006;22(2):315-23.
23. Geluda K, Bosi MLM, Cunha AJLA, Trajman A. "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2006;22(8):1671-80.
24. Merchan-Hamann E. Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 1995;11(3):463-78.
25. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall Ron HN. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. Rev Saúde Pública 2002;36(4):88-95.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes. Brasília: MS; 2004.
27. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. Adolesc Latinoam 2001; 2(2):67-79.
28. Aquino EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev Saúde Pública 2006;40(N Esp):121-32.
29. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad Saúde Pública 2002;18(Supl):103-12.
30. Souza JHM, Paiva MS. Vulnerabilidade de jovens frente a infecção pelo HIV e as representações sociais de Aids. Rev Baiana de Enfermagem 2002;17(3):55-64.
31. Shisan O, Davids A. Correcting gender inequalities is central to controlling HIV/AIDS. Bull World Health Organ 2004;82(11):1-3.
32. Gama AS. Gênero e AIDS: um estudo dos aspectos culturais e geracionais da sexualidade feminina em camadas de baixa renda [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz;1997.
33. Borges AL, Vilela SN. Sexual debut in adolescence and gender relations: a cross-sectional study in São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública 2002;21(2):499-507.
34. Carvalho SM, Leite JL, Dantas CC. Ser casado ou religioso uma segurança contra a Aids? Enfermagem Brasil 2005;4(3):136-9.

Revisão

Fatores de risco e o cuidado do enfermeiro na prevenção da úlcera por pressão

Ivonete Gomes de Oliveira*, Mara Lúcia Mattos da Costa*, Renê dos Santos Spezani, M.Sc.**

**Graduandas em Enfermagem pelo Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), **Especialista em Terapia Intensiva, Professor Orientador do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI)*

Resumo

Este estudo tem como objeto de análise o cuidado do enfermeiro na prevenção e tratamento da úlcera por pressão. Trata-se de uma análise bibliográfica realizada por meio de busca de dados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), valendo-se do material publicado sobre o assunto pela Scielo e Lilacs, além de obras de autores de expressão sobre o assunto, com recorte temporal entre 2003 e 2008, cujos objetivos foram identificar os fatores de risco para o aparecimento e desenvolvimento da úlcera por pressão e analisar o papel do enfermeiro diante da prevenção do problema em questão. Os resultados apontam que o enfermeiro deve se envolver no trabalho de prevenção e tratamento das úlceras por pressão, para que essa enfermidade seja tratada de forma mais eficaz, com o objetivo não só de cura, mas de minimizar o sofrimento do paciente e de seus familiares.

Palavras-chave: úlcera de pressão, fatores de risco, cuidados de enfermagem.

Abstract

Risk factors and nursing care in preventing pressure ulcer

The aim of this study was to analyze the nursing care to prevent and treat the pressure ulcers. This is a literature review carried out through search in Virtual Health Library, using Scielo and Lilacs database, as well as studies from other important authors on the same topic, from 2003 to 2008. The objectives were to identify risk factors for the onset and development of pressure ulcer and to analyze nurse's role in preventing the problem in question. The results show that the nurse should get involved in the prevention and treatment of pressure ulcers aiming not only to cure, but to minimize suffering of patients and their relatives.

Key-words: pressure ulcer, risk factors, nursing care.

Artigo recebido em 16 de junho de 2008; aceito em 12 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Renê dos Santos Spezani, Av. Visconde do Rio Branco 123, 24020-000 Niterói RJ, Tel: (21) 2199-1441

Resumen

Factores de riesgo y la atención de enfermería en la prevención de úlcera por presión

Este estudio tiene como objeto de análisis la atención de enfermería en la prevención y tratamiento de úlcera por presión. Se trata de una investigación bibliográfica que utilizó la Biblioteca Virtual en Salud y como fuentes de consulta las bases de datos Scielo y Lilacs, además de otros autores de expresión en el tema, entre el 2003 y 2005. Los objetivos fueron identificar los factores de riesgo para la aparición y desarrollo de la úlcera por presión y analizar el papel del enfermero en la prevención del problema en cuestión. Los resultados muestran que el enfermero debe focalizar e intensificar los cuidados para prevenir y tratar úlceras por presión con el objetivo no sólo de curar, pero de minimizar el sufrimiento del paciente y de los familiares,

Palabras-clave: ulcera por presión, factores de riesgo, atención de enfermería.

Introdução

A decisão de estudar os fatores de risco para úlcera por pressão e o papel do enfermeiro na sua prevenção e tratamento, decorreu de nossa vivência durante o estágio acadêmico na área hospitalar, no qual observávamos que pacientes com limitações de movimentos físicos e restrição ao leito desenvolviam, com muita freqüência, úlceras por pressão.

A úlcera por pressão é descrita como a lesão localizada na pele, provocada pela interrupção do fornecimento de sangue para a área afetada, geralmente provocada por pressão, cisalhamento, fricção ou uma combinação dos três fatores [1]. Este tipo de lesão resulta em danos aos tecidos subjacentes – tecido subcutâneo, músculo, articulações, ossos, levando à diminuição da circulação sanguínea e conseqüentemente a morte e necrose da pele [2].

O prejuízo da integridade da pele pode ser causado por diversas condições fisiopatológicas, degenerativas, ou ambas, mas em todos os casos, a formação da úlcera por pressão pode interromper funções que são importantes para a homeostasia orgânica, ocorrendo quando é aplicada sobre a mesma uma pressão maior do que a pressão capilar normal [3]. Destaca-se que a pressão exercida por uma força perpendicular à pele, resultante da ação da gravidade, ocasiona a oclusão do fluxo sangüíneo do paciente que fica em uma mesma posição no leito. A pressão maior que 25 mmHg impede o fluxo sangüíneo dos capilares nos tecidos moles, causando hipóxia que, se não for avaliada a tempo, evolui para eventual necrose [3].

Por ser de longa duração, apresentar reincidência freqüente e cicatrização difícil, a úlcera por pressão é considerada uma ferida crônica e representa um problema para os indivíduos afetados, uma vez que lhes acarreta considerável desconforto e influencia no aumento de dias de permanência no hospital, dificultando seu retorno ao convívio familiar [4]. Também induz à necessidade de tratamentos cirúrgicos e fisioterápicos, além de afetar a auto-imagem e auto-estima dos pacientes, levando-os a evidenciar problemas emocionais, psicossociais e econômicos [5].

Desta forma, o problema traz para o enfermeiro uma vasta variedade de responsabilidades com as quais se depara ao longo das fases de planejamento, coordenação e implementação da assistência, nas quais deve atuar com equipamentos e materiais específicos, como educador e elaborador de rotinas e procedimentos, bem como no envolvimento e no desenvolvimento das pesquisas a ele relacionadas [6].

Apesar de tudo o que já se sabe sobre o assunto, a úlcera por pressão constitui uma preocupação secular para os enfermeiros que prestam assistência a pacientes acamados. Entretanto, os avanços científicos observados, no que tange à questão, não se mostram suficientemente satisfatórios para erradicar o avanço deste agravo e as complicações que dele derivam.

Diante desse contexto, elegemos para o desenvolvimento deste estudo as seguintes questões norteadoras:

1. Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da úlcera por pressão?
2. Como o conhecimento acerca dos fatores de risco pode orientar o enfermeiro na prevenção e tratamento da úlcera por pressão?

Neste sentido, este estudo tem como objetivos identificar os fatores de risco para o início da úlcera por pressão e analisar o papel do enfermeiro diante da prevenção e tratamento do problema em questão.

Acreditamos que o correto entendimento dos fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras

por pressão, bem como a necessidade premente em se reduzir seus elevados índices nas instituições hospitalares mostram-se relevantes e justificam a intenção em realizar este estudo, num momento em que se busca consumar na prática o discurso da qualidade da assistência em saúde.

Dessa forma, pressupomos que este trabalho possa contribuir com subsídios teóricos que poderão fundamentar o enfermeiro na orientação dos profissionais de sua equipe, resgatando e ampliando seus conhecimentos prévios acerca da temática em discussão, levando-os a refletir sobre suas ações e os estimulando a buscar e lutar por medidas mais efetivas na prevenção e tratamento da úlcera por pressão.

Materiais e métodos

A fim de atingir o objetivo proposto, utilizamos como estratégia metodológica a revisão bibliográfica, que pode ser bastante útil no processo de familiarização do pesquisador com a teoria relevante e de indicar as estratégias, procedimentos e instrumentos específicos que possam trazer resultados na solução do problema objeto do estudo e aumentar a probabilidade de ser feito um novo estudo que trará uma contribuição diferente ao conhecimento [7,8].

Para elucidar o problema da pesquisa, utilizamos os dados levantados na biblioteca Virtual de Saúde (BVS), valendo-nos do material publicado sobre o assunto pela *Scientific Eletronic Library on-line (Scielo)* e pela Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), no período de 2005 a 2008. Foram utilizados os descritores: úlcera por pressão, fatores de risco, cuidados de enfermagem. Os dados foram analisados de forma crítica e reflexiva, e procuramos articular o nosso pensamento com o de autores de expressão, em obras consideradas de maior relevância e interesse para a temática em questão.

Resultados e discussão

As úlceras por pressão são freqüentes em pacientes acamados por longos períodos, podendo trazer sérias complicações, como osteomielite, septicemia, amputações, ou mesmo levar o paciente a óbito. Além das perdas financeiras ocasionadas ao paciente e aos familiares, o problema traz, também, transtornos psicológicos que impedem ou dificultam a participação do indivíduo em programas de reabilitação [5]. Assim, a prevenção e tratamento no estágio inicial deve ser a meta da assistência que vise à qualidade [5,9].

A úlcera por pressão é um dos principais exemplos de integridade da pele prejudicada e representa uma ameaça direta para o indivíduo, causando desconforto, prolongamento da doença, demora na reabilitação e alta, visto que dá origem a uma perda notável de proteínas orgânicas, fluidos e eletrólitos, originando uma debilidade progressiva que pode permitir, ao longo do tempo, a entrada de microrganismos infecciosos no corpo humano, refletindo sistemicamente [5,6].

Por todos os efeitos nocivos que pode ocasionar ao paciente, a presença das úlceras por pressão tem sido apresentada como um indicador da qualidade de assistência dos serviços de saúde e despertado em inúmeros profissionais que atuam neste ramo específico um maior interesse pela adoção de medidas adequadas que visem a educação para prevenção dirigida a profissionais, pacientes e familiares [6,9]. Embora outros profissionais da equipe de saúde devam estar envolvidos pela natureza multicausal do problema, a manutenção da integridade de pele e tecidos subjacentes tem sido, tradicional e erroneamente, considerada uma responsabilidade quase que específica da equipe de enfermagem.

Neste sentido, as equipes de enfermagem, preocupadas com a questão, têm-se utilizado de protocolos e escalas de estratificação preditiva de riscos, principalmente as escalas de Norton e Braden, como complementos na avaliação e conduta [10].

Com relação ao fato, a literatura pesquisada destaca uma extensa referência a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para úlcera por pressão. Fatores extrínsecos são aqueles relacionados ao mecanismo de lesão, influenciando a tolerância tissular pelo impedimento da circulação sobre a superfície da pele e refletem o grau em que a pele é exposta à força de pressão, à umidade, ao cisalhamento e/ou à fricção. Por outro lado, fatores intrínsecos são os relacionados às variáveis do estado físico do paciente, que influenciam tanto a arquitetura e integridade da pele e estruturas de suporte, e/ou o sistema vascular e linfático que servem à pele e estruturas internas, quanto ao tempo de cicatrização [3].

A literatura mostra, ainda, que foi descrito um esquema conceitual para o estudo da úlcera por pressão. De acordo com este esquema, a intensidade e duração da força de pressão no corpo e a tolerância do tecido determinam o desenvolvimento da úlcera

por pressão. Ficou provado também que existe um relacionamento inverso entre a duração e a intensidade da força de pressão na criação da isquemia tissular [2]. Uma força de pressão de intensidade baixa, por um longo período de tempo, pode gerar dano ao tecido, do mesmo modo que uma força de alta pressão, por um período curto de tempo. Isto está relacionado à tolerância tissular que pode estar reduzida [10].

Efeitos similares são ocasionados pela fricção que provoca a descamação epitelial e enfraquece a barreira natural da epiderme [1] e é apontada como um importante fator de risco que ocorre quando a pele do paciente sofre força de atrito contra uma superfície, freqüentemente quando o paciente é arrastado na cama.

O cisalhamento é outro fator de risco**.** Trata-se de uma pressão exercida quando o paciente é movido ou reposicionado na cama ou na cadeira [5,10]. Quando o paciente desliza pelo leito ou cadeira, a pele adere à superfície enquanto as camadas de tecido subcutâneo e até mesmo os ossos, deslizam na direção do movimento do corpo. Nota-se que fricção está sempre presente quando o cisalhamento acontece [1].

Por outro lado, a umidade prolongada também contribui para as úlceras por pressão, causando macerações à pele e reduzindo sua resistência à tração. Neste caso, a pele pode se tornar úmida, pela sudorese, pelas eliminações vesicais, eliminações intestinais ou drenagem de fístulas ou feridas [1]

A ausência de rotina na mobilização do paciente acamado é o fator de risco mais apontado para o desenvolvimento da úlcera por pressão. Todos os estudos sobre a prevenção da úlcera por pressão deixam bem clara a necessidade de mobilizar periodicamente os pacientes acamados em intervalos não superiores a duas horas [6,9], uma vez que a mudança de posição do paciente alivia a pressão sobre o tecido afetado e aumenta o fluxo sanguíneo no local.

Para nós, enfermeiros, este fator se acirra, sobretudo nos casos em que o paciente apresenta habilidade diminuída para perceber ou responder aos estímulos, pois a diminuição da sensação cutânea interfere na percepção da dor. Não estando consciente do distúrbio associado com a pressão prolongada sobre a pele, ele não reposiciona seu corpo na intenção de aliviar a pressão [9]. Até mesmo nos pacientes com alguma habilidade para mudar a posição do corpo como os paraplégicos, a sensação de necessidade dessa mudança pode não estar presente [2].

A higiene inadequada do paciente é citada também como um fator de risco, uma vez que, sendo realizada, mantém-se o paciente livre de impurezas, tais como umidade por suor, diurese, fezes e outras secreções; ativa-se a circulação sangüínea e, ao mesmo tempo, mobiliza-se o paciente, contribuindo, de maneira significante, para a manutenção da integridade da pele [10].

Outro fator destacado pela literatura refere-se ao leito sobre o qual repousa o paciente, que deve ter pelo menos 13 cm de espessura e, como a espuma tem uma vida útil em torno de 04 anos, é necessário ter um programa de reposição do mesmo. O colchão deve ser adequado às condições do paciente e seu forro não deve possuir dobras que favoreçam a formação de úlceras de pressão [2].

Ainda em relação a riscos extrínsecos para úlcera por pressão, alguns autores [1,3,9], observam que deve ser dada atenção à roupa de cama do paciente. Os lençóis devem estar sempre limpos, secos e bem esticados, sem dobras e sem presença de corpos estranhos que possam irritar a pele do paciente, favorecendo assim a formação das úlceras de pressão.

Como já se afirmou, os fatores de risco categorizados como intrínsecos são aqueles relacionados às variáveis do estado físico do paciente [4]. O estado geral do paciente é importante, uma vez que o corpo pode enfrentar uma pressão externa maior quando está saudável do que quando está doente.

Desta forma**,** a mobilidade ou a atividade reduzida**,** que pode estar também associada a alterações neurológicas, tais como paraplegia, hemiplegia, tetraplegia, acidente vascular cerebral, contribui para o desenvolvimento de úlceras por pressão. A imobilidade diminui a capacidade do paciente em aliviar a pressão devido à habilidade diminuída para mudar e controlar a posição do corpo, o que aumenta a probabilidade de que ele esteja exposto a prolongada e intensa pressão e, consequentemente, ao desenvolvimento de úlceras por pressão [1].

Acreditamos que este fator se mostra ainda mais relevante no envelhecimento, fase em que diversas mudanças ocorrem na pele, tais como: diminuição da massa corporal; diminuição dos níveis de soro albumina; diminuição da resposta inflamatória; redução na quantidade de fibras elásticas; diminuição do colágeno dérmico, tanto em quantidade como em qualidade e a diminuição

da adiposidade do tecido subcutâneo. Os idosos apresentam, também, diminuição da eficiência do sistema respiratório, circulatório, renal, muscular, sensorial e nutricional, justificando, portanto, a unanimidade entre os pesquisadores em indicá-los como predisponentes para o desenvolvimento de úlceras por pressão [3].

Como outro agravante, pode-se destacar também que a nutrição deficiente tem sido indicada por inúmeros estudos como um fator significante no desenvolvimento de úlceras por pressão, uma vez que a deficiência de proteínas e vitaminas deixa os tecidos mais susceptíveis à integridade da pele prejudicada, quando expostos à pressão. A deficiência de certas vitaminas, em particular a vitamina C, que é necessária à pele para vitalidade e cicatrização tissular, produção de fibroblastos, formação do colágeno e aumento da resistência do indivíduo, também contribui para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Ressalta-se que a vitamina C em quantidades inadequadas contribui para a fragilidade capilar, ficando os tecidos predispostos a traumas e à interrupção do fluxo sangüíneo [10-12].

No que tange à questão, diversos autores [1,4,9-13] também apontam os casos extremos de emagrecimento e obesidade como fatores de risco para úlcera por pressão. No emagrecimento, a musculatura se torna hipotrófica e o panículo adiposo escasso. Os pacientes que emagrecem não têm enchimento de gordura sobre as saliências ósseas, portanto têm menos proteção à pressão [1]. Na obesidade, o paciente está com o peso corpóreo em torno de 20% ou mais do peso ideal, o que provoca um isolamento térmico excessivo, e pode causar uma redução das perdas de calor normais [4,10]. Existe, também, maior dificuldade em se mobilizar os pacientes obesos e, geralmente, são arrastados na cama ou cadeira durante a mobilização, o que pode levar a lesão do tecido [13].

Por sua vez, a anemia**,** seja qual for a causa, diminui a capacidade de transporte de oxigênio no sangue e predispõe à formação da úlcera por pressão [3]. Certas doenças como o diabetes, a doença cardíaca, a doença vascular periférica causam uma diminuição no fornecimento de sangue para a periferia, diminuindo a pressão capilar, provocando nutrição inadequada dos tecidos [1].

Em uma pesquisa desenvolvida para identificar as variáveis associadas com úlcera por pressão foi identificado que os principais fatores preditivos para úlcera por pressão foram: nível de atividade e mobilidade, lesão medular completa, presença de incontinência e disreflexia autonômica. Os pesquisadores concluíram que as pessoas com risco mais elevado precisam ser avaliadas de forma mais freqüente e participar de programas de prevenção [9].

Assim, a atuação da equipe de enfermagem na prevenção do problema foi destacada nas diretrizes para a prática clínica do órgão do governo norte-americano, *Agency for Heath Care Policy and Research* [2]. Tais diretrizes foram construídas por especialistas e têm sido utilizadas no mundo todo para nortear a assistência dentro do modelo da Medicina Baseada em Evidências.

Deste modo, inúmeras são as recomendações no sentido de se enfocar as ações necessárias para a prevenção da úlcera por pressão dentro de quatro aspectos básicos: avaliação do risco do paciente e dos fatores que o colocam em risco; cuidados com a pele e tratamento precoce da úlcera; redução da carga mecânica pelo reposicionamento e utilização de superfícies especiais de suporte, como almofadas e colchões; educação de pacientes, cuidadores e fornecedores de serviços [2]. Essas diretrizes trouxeram o enfoque para os fatores de risco, relacionados às questões psicossociais, como os comportamentos, condições econômicas, estilos de vida e adaptação psicológica de pacientes e familiares [11-13].

Assim, tendo em vista a grande dificuldade na sua cura, acreditamos que todo esse panorama ocasiona às enfermeiras e enfermeiros de todo o mundo muitas oportunidades de assistência direta e preventiva às úlceras por pressão nos pacientes acamados, o que nos induz a pensar que o papel da enfermagem se torna mais importante na prevenção do que na cura [2].

A nosso ver, essas diretrizes vêm, paulatinamente, modificar e desmitificar um antigo paradigma, pois durante muito tempo a enfermagem carregou a culpa pela ocorrência da úlcera por pressão, sendo a mesma considerada como resultante de uma assistência de enfermagem precária [5]. Hoje, a equipe de saúde deve ter consciência da série de fatores que podem influenciar a resposta tecidual à pressão e a busca de soluções para os mesmos deve ser uma preocupação inerente a toda a equipe, tendo-se como meta a diminuição ou redução do risco do paciente para desenvolver a úlcera através da instituição de estratégias de prevenção apropriadas [5,12,14].

No que diz respeito à assistência prestada pelo enfermeiro, sugere-se que esta seja pautada na prática atualizada, abarcando a coordenação,

a educação, o planejamento, o interesse e a participação nas pesquisas e na produção científica, de modo a facilitar o uso de equipamentos, a educação em saúde, a elaboração e implementação de rotinas e a realização dos cuidados de forma correta para atender as reais necessidades apresentadas pelos pacientes [10,15].

Acreditamos que a conscientização do enfermeiro sobre a complexidade da assistência de enfermagem, com qualidade em dermatologia pode ser considerada como decisivo fator para a prevenção da úlcera por pressão com uma técnica padronizada, simples e possível de ser delegada aos profissionais de nível médio da enfermagem [9].

Entretanto, salientamos que em todos os casos, tanto a prevenção quanto o tratamento requerem um planejamento individualizado, precisa e exige dedicação, intenso preparo, especialização e atualização constante do profissional, tanto nas questões teórico-práticas como em relação aos avanços tecnológicos, para uma intervenção de enfermagem competente e eficaz [2,5].

Evidentemente, por permanecer a maior parte do tempo ao lado dos pacientes, cabe aos profissionais enfermeiros, entre outras responsabilidades, a manutenção da integridade da pele do paciente, sendo necessário para isto, que se estabeleçam condutas que garantam a ausência ou que minimizem a ação dos fatores que contribuem para a alteração dessa integridade. Para garantir uma assistência de enfermagem qualificada a pacientes acamados, tendo como meta a prevenção da ocorrência de úlceras por pressão, tem sido recomendado o conhecimento e a utilização de escalas para avaliação do risco a que essa clientela está submetida [3].

Afirma-se que um sistema de classificação é útil para planejar os cuidados que serão prestados ao paciente, mas que estes são limitados, uma vez que são aplicados de acordo com a descrição visual, não representando de forma exata a extensão das lesões nos tecidos [9]. Refere-se que a abertura na pele superficial é quase sempre menor do que o orifício na musculatura subjacente [3], de modo que uma lesão da pele pode representar somente a ponta do iceberg, a exemplo das úlceras fechadas ou que estão na fase inicial, necessitando, para que sua avaliação seja objetiva e mais agressiva, através de desbridamento [3].

No que tange à assistência de enfermagem, as pesquisas identificam que algumas abordagens devem ser revistas e levadas em consideração pelos enfermeiros para prevenir a úlcera por pressão. As mudanças de decúbito dos pacientes acamados ou debilitados devem ser realizadas de 2 em 2 horas e sempre evitar deixar o paciente em atrito com a área lesada. Para as mudanças de decúbito devem ser considerados os déficits neurológicos, lesão músculo-esqueléticas ou áreas particulares da pele com risco elevado de formação de úlceras [1,9]. O paciente nunca deve ficar posicionado diretamente sobre a úlcera, e se isto não for possível, ele deve estar sobre uma superfície redutora de pressão.

Para evitar as lesões causadas pelo contato das proeminências ósseas umas com as outras, recomenda-se o uso de travesseiros, cunha de espuma ou outros dispositivos para manter os joelhos e os tornozelos separados. Ratifica-se que qualquer pessoa com mobilidade comprometida que esteja restrita ao leito deve ter um dispositivo que alivie totalmente a pressão sobre os calcanhares fora do leito. Isto pode ser feito simplesmente colocando-se travesseiros sob as pernas ou pode incluir dispositivos mais complexos. Almofadas em forma de rosca nunca devem ser usadas pelo paciente com risco de desenvolver úlceras de pressão. Não se devem utilizar luvas de látex, nos calcanhares do paciente, pois este procedimento pode ocasionar o aparecimento de úlceras por pressão. Colchonetes especiais contendo ar, espuma, gel ou água, devem ser utilizados com a profundidade recomendada de 13 cm para os com gel e de 7,5 cm para os com água [1,2,4,9].

Quanto às massagens de conforto com ácidos graxos essenciais, ressalta-se que estas podem ocasionar um alívio da dor e auxiliar na circulação sanguínea, evitando o aparecimento das úlceras por pressão. Porém, devem ser evitadas as massagens nas proeminências ósseas, pois as evidências atuais sugerem que massagem pode causar mais danos à pele [1,2,4,9].

Com relação à higienização, a pele deverá ser limpa no momento que se sujar ou em intervalos de rotina. A freqüência de limpeza deve ser individualizada de acordo com a necessidade ou preferência do paciente [1,2,4,9]. Faz-se necessário, também, diminuir os fatores ambientais que levam ao ressecamento da pele como: umidade baixa (menos que quarenta por cento) e exposição ao frio e tratar a pele seca com cremes hidratantes.

Cabe destacar também que a exposição da pele à umidade devido à incontinência urinária, perspiração ou drenagem de feridas deve ser minimizada. Quando essas fontes de umidade não podem ser

controladas, o enfermeiro deve encorajar o uso de fraldas descartáveis ou forros feitos de materiais que absorvam a umidade e que mantenham seca a superfície em contato com a pele. Para tanto, agentes tópicos que agem como barreira para umidade como cremes, películas protetoras ou óleos também podem ser usados [6].

Para evitar as lesões da pele devido à fricção e força de cisalhamento, o enfermeiro deve dispensar uma atenção especial para instituir um posicionamento adequado e uso de técnicas corretas para transferência e mudança de decúbito. Além disso, deve ter em mente que os danos causados pela fricção podem ser reduzidos pelo uso de lubrificantes, películas protetoras (como curativos transparentes e selantes para a pele) e curativos protetores. Recomenda-se também que os pacientes não sejam arrastados durante a movimentação, mas que sejam erguidos utilizando-se o lençol móvel [11].

Se existe um potencial para melhorar a mobilidade do indivíduo e o estado de atividade, o enfermeiro deve atuar conjuntamente com outros membros da equipe multidisciplinar para ampliar o nível atual de atividade, mobilidade e amplitude de movimentos [6].

Quanto ao estado nutricional, pode-se dizer que a participação do enfermeiro é de extrema importância para os pacientes acamados, pois a dificuldade de se alimentar pode ocasionar uma perda de peso involuntária, imobilidade, estado mental alterado e déficit cognitivo [9]. As diretrizes recomendam que esse profissional deve encorajar e auxiliar a ingestão dietética e a suplementação da dieta. Se o indivíduo estiver desnutrido, recomenda-se auxílio nutricional através de sonda ou outros meios necessários [10].

Os aspectos psicossociais necessitam muito do auxílio dos enfermeiros, pois inclui o fato de que o paciente precisa compreender o plano de tratamento e estar motivado para aderir ao que foi planejado, necessitando compreender valores, e se adaptar a um estilo de vida adequado [11]. Estes recursos não são apenas financeiros, mas também incluem a capacidade de entender e acompanhar o plano de tratamento.

Quando indivíduos aparentemente bem nutridos desenvolvem uma ingestão inadequada de proteínas ou calorias, os enfermeiros devem primeiro tentar descobrir os fatores que estão comprometendo a ingestão e então oferecer uma ajuda na alimentação [12]. Às vezes outros suplementos nutricionais podem ser necessários. Se a ingestão dietética continuar inadequada e se estiver de acordo com os objetivos gerais da terapia, intervenções nutricionais mais agressivas como alimentação parenteral ou enteral devem ser consideradas.

Para indivíduos comprometidos nutricionalmente um plano de suporte nutricional e ou suplementação deve ser implementado desde que atenda as necessidades do indivíduo e esteja dentro dos objetivos gerais da terapia [13].

Todas as intervenções e resultados devem ser monitorados e documentados no prontuário. Estes parâmetros auxiliam na prevenção da úlcera por pressão, mas para cada paciente deve se criado um plano de mudança de decúbito, pois este plano deve ser individual uma vez que depende da imobilidade de cada paciente, porém, para que seja prestada uma assistência adequada ao paciente, é necessária a cooperação principalmente do paciente e de sua família [14].

Para finalizar, cabe ainda destacar que alguns aspectos na educação para prevenção das úlceras por pressão apontam essa diretriz como uma das principais implicações para a prática do enfermeiro que deve encorajar a independência dos pacientes nas fases mais tardias do programa de reabilitação, sabendo que para os pacientes constitui-se uma meta conseguir sua independência nas atividades da vida diária [15]. No entanto, para que se consiga isso, é preciso ensinar ao paciente como cuidar da pele e como evitar outras lesões similares, pois a cada lesão, o programa fica praticamente interrompido, retardando o processo de reabilitação [15].

Deste modo, acreditamos que a prevenção deve ser abordada pelo enfermeiro como um hábito a ser desenvolvido pelo paciente e sua família e, para tanto, é necessário buscar compreender a dinâmica familiar, identificar e caracterizar o cuidador ou o familiar com potencial para isso e, principalmente, possibilitar que sejam ativamente partícipes destes cuidados, conhecendo fatores de risco e atuando na elaboração do programa de prevenção de úlcera por pressão o mais precocemente dentro de suas condições gerais e de evolução clínica [13].

Conclusão

Na literatura pesquisada, foi possível observar que as úlceras por pressão são apresentadas como deficiência na qualidade da assistência de enfermagem prestada. Entretanto, a nosso ver, afirmativas

como essas penalizam excessivamente a profissão por não levar em consideração aspectos administrativos e organizacionais dos hospitais e serviços de saúde que, certamente, estão envolvidos na questão da qualidade da assistência. Inclui-se aqui a adequação qualitativa e quantitativa de recursos humanos e materiais para a prestação de um cuidado de enfermagem livre de riscos para o paciente.

Faz-se notar, também, a preocupação de alguns pesquisadores em eximir o sentimento de culpa que recai, principalmente, sobre a enfermagem, quanto ao aparecimento da lesão, demonstrando, através das evidências científicas, que o problema vai além do cuidado em enfermagem, dividindo com extrema crítica e bom senso sua responsabilidade com outros membros da equipe multidisciplinar, destacando, portanto a necessidade de haver uma participação coletiva e compartilhada desses mesmos atores na luta pela diminuição do problema em questão no âmbito das competências de cada um.

Não é raro se notar que em instituições hospitalares, o paciente acamado com perda da mobilidade e sensibilidade torna-se dependente de outra pessoa para se mobilizar. Mas a estrutura da instituição e o processo de cuidar, na maioria das vezes, não atende às necessidades do paciente e dos profissionais enfermeiros, ratificando que, para prevenir o problema, torna-se necessário a utilização de abordagens que lidem com todo o sistema, integrando o paciente e o ambiente institucional de forma adequada.

Após a alta, o problema persiste, pois se a família não tem conhecimento a respeito da prevenção, não prestará os cuidados adequados em casa. Dessa forma, cabe ao enfermeiro desenvolver ações que visem educar e orientá-la quanto aos cuidados com o paciente acamado, visando à prevenção da úlcera por pressão.

É necessário que o enfermeiro esteja preparado para realmente cuidar integralmente dos pacientes que buscam qualidade de vida mesmo no estado de doença. Para tanto, deve realizar revisões periódicas na literatura para a atualização de seus procedimentos, pois tudo isso influi na prática e no desenvolvimento da melhoria na qualidade da assistência. A construção do conhecimento e a utilização dos resultados são processos interdependentes, e essenciais para o avanço da prática científica de enfermagem, e para que se efetivem é importante a seleção de um modelo teórico para a difusão desse conhecimento.

Assim, o resultado desta pesquisa demonstra que o enfermeiro deve estar sempre ampliando seus conhecimentos, no sentido de atualizar seus procedimentos, compartilhando os achados com sua equipe, com o paciente e com sua família, pois é esse conhecimento que irá influir na melhoria da qualidade da assistência, além de tornar os enfermeiros profissionais mais competentes e capacitados para exercer com dignidade a nossa profissão.

Referências

1. Irion, GL. Feridas: novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
2. Nogueira PC, Caliri MHL, Santos CB. Fatores de risco e medidas preventivas para úlcera por pressão no lesado medular. Experiência da equipe de enfermagem do HCFMRP-USP Rev Med 2002;35(1):14-23.
3. Smeltzer CS, Bare GB. Tratado de enfermagem médico-cirúgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Figueiredo NMA, Silva CRL, Silva RCL. CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis; 2006.
5. Rangel EML, Rustici AKF, Prado KG, Machr YAL, Bertolo FS, Silva FS, Caliri MHL. Conhecimento e percepções de graduandos em enfermagem sobre a prevenção e tratamento de úlceras de pressão. [Resumos]. Apresentado no IV Simpósio de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo; Novembro 2003; Ribeirão Preto.
6. Costa IG. Incidência de úlcera por pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed . São Paulo: Atlas; 2006.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu; 2004.
10. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. São Paulo: Santos; 2002.
11. Silva MSML. Fatores de risco para úlcera por pressão em pacientes hospitalizados [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1998. 89p.
12. Pinheiro MRB, Figueiredo LMB, Guariente MHDM, Haddad MCL. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão em paciente crítico: estudo de caso [online]. [citado 2008 Mar 12]. Disponível em URL http://www.publisaude.com.br/portal.
13. Fernandes LM. Úlcera por pressão em pacientes críticos hospitalizados: uma revisão integrativa da literatura [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2002.
14. Costa IG. Incidência de úlcera por pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.
15. Giovanini T, Junior AGO, Palermo TCS. Manual de Curativos. São Paulo: Corpus; 2007.

Revisão

Dificuldades do aleitamento e o desmame precoce

Maria da Conceição Rivemales, M.Sc.*, Ana Caroline Campos Azevedo**, Patrícia Lopes Bastos**

**Docente da Universidade Estadual da Bahia (UNEB) e Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), Orientadora da pesquisa, **Enfermeiras, Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) Salvador – BA*

Resumo

O estudo tem como objetivo conhecer os problemas que levam a interrupção do aleitamento materno. A abordagem metodológica utilizada foi a revisão sistemática. As bases de dados eletrônicas utilizadas para a coleta foram Lilacs e Scielo. Do total de publicações encontradas, entre os anos de 1983 a 2005, foram selecionados 12 estudos para constituir a pesquisa. Os resultados evidenciaram que o profissional de saúde deve estar habilitado a preparar a mulher para o aleitamento, respeitando seus valores sócio-culturais, percebendo a importância da comunicação como instrumento de trabalho. Sugerimos que seja feita a utilização do diagnóstico da NANDA com o objetivo de direcionar as ações de enfermagem para uma resolução ou intervenção dos possíveis problemas.

Palavras-chave: desmame, aleitamento materno, diagnóstico de enfermagem.

Abstract

Breastfeeding difficulties and early weaning

The objective of this study was to identify the problems that cause early weaning. The methodological approach was the systematic review. The Lilacs and Scielo databases were used for data collection sources. Of the total number of publications found, from 1983 to 2005, 12 studies were selected for the study. The results make evident that health professional should be able to prepare the woman for breastfeeding, respecting their social and cultural values and perceiving the importance of communication as a work tool. We suggested the use of Nanda nursing diagnosis aiming at guiding nursing actions for a decision or intervention of possible problems.

Key-words: weaning, breastfeeding, nursing diagnosis.

Artigo recebido em 23 de outubro de 2008, aceito em 18 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Maria da Conceição Rivemales, Avenida Simon Bolívar, 156 Jardim Armação 41750-230 Salvador BA, E-mail: maria@rivemales.com, anacarolineazevedo@yahoo.com.br, patylbastos@hotmail.com

Resumen

Dificultades de la lactancia materna y el destete precoz

El estudio tiene como objetivo detectar los problemas que conllevan al destete precoz. La metodología utilizada fue la revisión sistemática. Utilizó como fuentes de búsqueda las bases de consulta: Lilacs y Scielo. Del total de publicaciones encontradas, desde 1983 hasta el 2005, 12 estudios fueron seleccionados para la investigación. Los resultados evidenciaron que el profesional de la salud debe estar capacitado para preparar a la mujer para el amamantamiento, respetando sus valores socioculturales, dándose cuenta de la importancia de la comunicación como instrumento de trabajo. Se sugiere utilizar los diagnósticos de la NANDA con el objetivo de tratar las acciones de enfermería para una resolución o intervención de posibles problemas.

Palabras-clave: destete, lactancia materna, diagnóstico de enfermería.

Introdução

O ato de amamentar é natural, milenar, sem custo e essencial para a vida dos seres humanos, minimiza a fome, salva vidas e faz o indivíduo crescer não só biologicamente, como também emocionalmente devendo ser de responsabilidade de todos e não apenas da mulher.

Vivemos em um país em desenvolvimento, com alto índice de mortalidade infantil, muitas vezes causada pela alimentação inadequada na primeira infância, acarretando baixa resistência orgânica e, conseqüentemente, quadros infecciosos irreversíveis, e o não aleitamento materno está entre as causas [1].

Os primeiros anos de vida são decisivos para o estabelecimento de uma boa saúde. Existem necessidades biológicas e psicossociais específicas inerentes ao processo de crescimento e desenvolvimento, as quais precisam ser satisfeitas para garantir a sobrevivência e o desenvolvimento sadio da criança, sendo o aleitamento uma forma de promover essas necessidades [2].

Desse modo, inseridos num contexto que exige por parte dos profissionais da área de saúde, o descobrir e o assumir a responsabilidade de ser o elemento de transformação, se fazem necessárias mudanças enriquecidas com orientações, incentivos e gestos de apoio para que muitas mães adquiram confiança em sua própria capacidade de amamentar.

Este tema tem a intenção de cooperar para o incentivo do aleitamento materno, colaborando para o crescimento e desenvolvimento de crianças, considerando o reflexo do desmame na vida adulta, especialmente nas populações de baixo rendimento econômico, uma vez que o leite materno pode ser uma importante fonte de calorias e de proteínas de alto valor biológico nos seguintes anos de vida.

O aleitamento é uma prática natural e eficaz, um ato cujo sucesso depende de fatores históricos, sócio-culturais e psicológicos da puérpera e do compromisso e conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde envolvidos na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno [3].

Conforme Burroughs [4], a amamentação precoce é de fundamental importância para o recém-nascido, pois permite que este receba o colostro (imunidade passiva) e estimule maior produção de leite. Além de ser alimento mais completo para o bebê, ele acalenta a criança no aspecto psicológico, tem a vantagem técnica por ser operacionalmente simples, é de baixo custo financeiro, protege a mulher quanto ao câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade e otimiza a mulher em seu papel de mãe.

É recomendação da Organização Mundial de Saúde a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida e parcial até pelo menos o final do primeiro ano de vida, posteriormente a criança deve receber alimentos complementares [5].

Atualmente, sobretudo na sociedade moderna, as mulheres têm poucas oportunidades de obter o aprendizado relacionado à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizado – mulheres mais experientes da família – foram perdidas à medida que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleadas. Como conseqüência, as mulheres tornam-se mães com pouco ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação. A grande maioria dos problemas relacionados à amamentação deixa não somente a mãe como também ao lactente mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo [6].

Consideramos que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, esteja habilitado a preparar a gestante para o aleitamento, percebendo a importância

da comunicação como instrumento do processo de trabalho em saúde, utilizando o diagnóstico de enfermagem com o objetivo de direcionar as ações para uma resolução ou intervenção adequada, descobrindo novas opções, evitando assim, dúvidas, dificuldades e possíveis complicações, investindo em atividades como visitas domiciliares, palestras, grupos de apoio e aconselhamento para incentivo e manutenção do aleitamento materno, a fim de evitar o desmame precoce.

Diante do exposto, foi definido como objeto deste estudo, as dificuldades do aleitamento e o desmame precoce, tendo como objetivo conhecer os problemas que levam a interrupção do aleitamento materno.

Material e métodos

A revisão sistemática foi a estratégia utilizada para este estudo. As fontes utilizadas foram as bases eletrônicas de dados Lilacs e Scielo, no período entre 1983 a 2005. Foi realizado cruzamento binômio com os unitermos: aleitamento materno X dificuldades X desmame precoce X atuação da enfermagem. Um total de 79 publicações foram encontradas, sendo desconsideradas aquelas cujos títulos ou resumos permitiram antecipadamente concluir que não se relacionavam às questões específicas deste estudo. Dos 12 remanescentes, procedeu-se à busca da publicação completa em bibliotecas especializadas.

Os critérios estabelecidos para a inclusão dos trabalhos foram: artigos publicados entre os anos de 1983 a 2005, procedência nacional, idioma português e que abrangessem diversos fatores envolvidos nas causas do desmame precoce e da atuação da enfermagem. O recorte temporal foi estabelecido, levando em conta que esse período corresponde as duas últimas décadas de produções científicas, o que garantiria uma maior abrangência quanto aos artigos publicados sobre a temática.

Foram definidos como critérios de exclusão do estudo publicações sob a forma de livros, manuais, dissertações, teses, editoriais.

Para análise desses estudos foi realizada a leitura exaustiva dos artigos selecionados, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Posteriormente, foi verificada a relação entre os resultados das publicações de modo que estas permitissem identificar os problemas que levam a interrupção do aleitamento materno.

Resultados

A literatura científica levantada mostrou preocupação especial em avaliar a atuação do profissional de enfermagem frente às principais causas do desmame precoce. Os estudos são apresentados conforme a classificação que considera: título, tipo de estudo, resultados e conclusões.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados no estudo.

Estudo	Titulo	Tipo de estudo	Resultados
E1 [7]	Evolução do padrão de aleitamento materno	Estudo de coorte, randomizado	Os resultados apontam para uma apatia do serviço com relação à promoção do aleitamento materno no período estudado, justificando plenamente o investimento na promoção da amamentação, especialmente nas famílias menos privilegiadas.
E2 [8]	Fatores que contribuem para o desmame precoce	Exploratório	A minoria dos sujeitos envolvidos no estudo desconhecia as vantagens relativas ao beneficio do aleitamento. Verificou-se que a maioria das informações, relativas ao aleitamento, foram transmitidas por profissionais de saúde. Sobre as possíveis alterações mamárias a maior parte da população desconhecia tais alterações.
E3 [9]	O Processo de comunicação na promoção do aleitamento materno	Revisão	A efetividade das ações voltadas para a recuperação, manutenção e proteção à saúde da criança está na dependência da adequada comunicação entre o pessoal de saúde e as mães e/ou responsáveis. O profissional de saúde precisa estar preparado para cuidar dessas nutrizes o que inclui a habilidade para comunicar-se.
E4 [10]	Intercorrências mamárias e desmame precoce- uma abordagem comunicacional	Exploratório	O autor considerou como a primeira categoria da análise interpretativa, os modos de pensar e agir sobre a amamentação, as soluções que procuram para seus problemas, assim como as soluções oferecidas a elas. Os resultados obtidos propõem o redirecionamento das orientações prestadas, tendo como referencial teórico a educação problematizadora de Paulo Freire.

Estudo	Titulo	Tipo de estudo	Resultados
E5 [11]	Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno	Estudo de coorte, randomizado	Variáveis demográficas podem constituir preditores relevantes do sucesso ou insucesso da amamentação natural. Destaca-se, ainda, que tais variáveis podem ser identificadas durante o período pré-natal de modo a priorizar as gestantes com alto risco para a ocorrência do desmame precoce.
E6 [12]	Orientações sobre o aleitamento materno inseridas na prática do cuidado pré-natal no Brasil	Revisão	Os dados do estudo revelaram que as mulheres declararam desconhecer se há benefícios na amamentação e que não foram recebidas informações sobre aleitamento materno no pré-natal.
E7 [13]	Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto	Exploratório	A atuação do enfermeiro na promoção, no incentivo e apoio ao aleitamento materno foi mais expressiva e efetiva na maternidade que apresenta filosofia, estrutura física e equipe multiprofissional de referência no parto humanizado.
E8 [14]	Conhecimento de mães sobre amamentação	Exploratório	As mães que participaram do estudo referiram que: a informação e estímulo à amamentação foram pouco referidos no período pré-natal; elas não possuem conhecimento ou possuem conhecimentos incompletos ou incorretos quanto à higiene das mamas, medidas de estímulo à lactação, ingurgitamento mamário e fissuras de mamilo; elas possuem algum conhecimento sobre aleitamento materno exclusivo, inexistência de leite materno fraco, freqüência e duração das mamadas, importância e prejuízos da amamentação.
E9 [15]	Revisitando o desmame precoce através de recortes da história	Revisão	Conseqüências do desmame precoce para o bebê: crianças desmamadas precocemente apresentam maior índice de internação hospitalar por infecções respiratórias e gastrintestinais. Motivos do desmame: não existem causas isoladas para estabelecer o curso da amamentação, mas, sim, relação de fatores associados entre a mãe, o recém-nascido e o contexto em que eles se encontram em uma dada dimensão espaço-temporal.
E10 [16]	Amamentação: crenças e mitos	Exploratório	É importante que o profissional de saúde sinta-se responsável pelos casos de desmame precoce em mães sob sua orientação e que busque a razão de cada caso de insucesso, refletindo sobre o que poderia ter feito a mais e melhor. Respeitar, aceitar, ter empatia e compreender a mãe constituem atitudes que facilitarão a resolução dos problemas, facilitando assim o estabelecimento dos importantes vínculos entre os pais e o bebê.
E11 [17]	Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce	Exploratório	A idade materna representa a variável mais discriminadora no que respeita à duração do aleitamento natural, o intervalo intergestacional representa a variável mais discriminadora no que respeita à duração do aleitamento natural e a escolaridade representa a variável mais discriminadora no que respeita à duração do aleitamento natural.
E12 [18]	Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno	Exploratório	Das 12 mulheres que participaram da pesquisa 100% se enquadravam no diagnóstico déficit de conhecimento, 75% distúrbio no padrão do sono, 75% alteração no padrão de sexualidade, 66,6% amamentação ineficaz e mobilidade física prejudicada, 58,3% fadiga, 33,3% ansiedade, 16,6% medo, potencial para prejuízo da integridade da pele, potencial para infecção, e alteração no processo familiar, e 8,3% potencial para maternidade alterada e conflito no desempenho de papéis dos pais. Pode-se perceber que o aleitamento materno não pode ser voltado somente para os aspectos biológicos, mas também, para os sociais e psicológicos.

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados bibliográficos, 2008.

Do total de artigos selecionados foi verificado que quanto ao tipo do estudo: dois foram do tipo coorte randomizado, oito foram estudos exploratórios e três foram artigos de revisão.

Apesar de a maioria dos artigos (oito), terem sido publicados em periódicos específicos da enfermagem, somente dois deles [13,18] trataram especificamente da atuação da enfermeira no aleitamento. Seis artigos [7,8,10,11,15,16] abordaram os problemas que levaram ao desmame precoce e outros quatro [9,12,14,17] discutiram a importância da educação em saúde para a adesão ao aleitamento exclusivo.

Quanto à distribuição dos artigos incluídos no estudo de acordo com o ano de publicação, foi selecionado um artigo nos anos de 1983, 1993, 1997, 2000, 2004 e 2006 e dois artigos nos anos de 2002, 2005 e 2007, totalizando 12 publicações.

De acordo com o local de publicação, os artigos selecionados foram agrupados segundo regiões geográficas brasileiras:

Tabela I - Distribuição dos artigos selecionados segundo local de publicação agrupado segundo região.

Região	Número de artigos
Norte	-
Nordeste	-
Centro-oeste	02
Sul	02
Sudeste	08
Total	12

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados bibliográficos, 2008.

A região Sudeste teve maior destaque devido ao maior número de publicações, 08 artigos dos 12 selecionados, seguida da região Sul e Centro-Oeste, cada uma com 02 artigos publicados. Nenhum dos artigos selecionados foi publicado na região Norte e Nordeste.

As publicações incluídas no estudo foram extraídas dos seguintes periódicos: Revista Latino Americana de Enfermagem (três artigos), *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (um dos artigos),* Revista Eletrônica de Enfermagem (dois dos artigos), Revista Gaúcha de Enfermagem (um dos artigos), Revista Cogitare em Enfermagem (um dos artigos), Revista de Saúde Pública (dois dos artigos), Revista Estudos de Psicologia (um dos artigos) e Revista Fafibe On line (um dos artigos).

Discussão

O baixo nível de renda já é conhecido fator relacionado com prevalência e duração do aleitamento materno. Em áreas mais desenvolvidas, as mulheres de maior nível educacional e econômico amamentam mais nos primeiros meses e esse grupo é o primeiro a valorizar o aleitamento materno, retornando a essa prática.

O acesso a uma maior disponibilidade de renda pode constituir-se numa proteção contra os processos mórbidos, que desempenham, ao lado da falta de nutrientes, um importante papel na etiologia da desnutrição nos primeiros meses de vida. Em contrapartida o E5 aponta que as mães que vivem em situação de miséria amamentam por mais tempo já que se trata de uma prática que poderá garantir a saúde do bebê sem gasto financeiro por parte da família.

A mulher, cuja importância social relacionava-se predominantemente a sua capacidade de gerar força produtiva, passou a ser impelida a contribuir de maneira direta na renda familiar e, assim, foi obrigada a assumir o ônus de uma tripla jornada: mãe, dona de casa, e trabalhadora remunerada. O fato de as mesmas precisarem se ausentar para retomada do trabalho pode levar a interrupção da amamentação ou pode haver a introdução de alimentos complementares contribuindo assim com o desmame precoce.

Ao comparar a idade das mães, nos estudos analisados, foi observado que a maioria das mulheres entrevistadas tinha entre 15 e 19 anos, observando-se que a faixa etária predominante é a de adolescentes.

Podemos inferir que neste período da vida a pessoa vivencia ajustamento social e psicológico, levando a uma crise, pois mudanças no auto-conceito e na percepção do mundo são provocadas, podendo sofrer maiores influências sociais na decisão de amamentar ou não a sua criança e no período que irá aleitar de forma exclusiva.

No que diz respeito ao estado civil, as mulheres que não têm companheiros fixos se tornam também vulneraveis às condições que podem dificultar o aleitamento exclusivo de seu filho, visto que o acúmulo de tarefas domésticas e de cuidados à criança associado a falta de apoio psicológico e social dificultam o desempenho do papel da nutriz.

Os conceitos transmitidos pelos meios de comunicação, tradições, escola, família e outros exer-

cem influências na tomada de decisão das pessoas e destaca-se ainda que, em um mesmo ambiente social, há uma pluralidade de idéias a respeito de um mesmo tema, sendo muitas delas eventualmente, contraditórias.

As pessoas têm um sistema de crenças e valores que estão profundamente ligados à própria identidade. Todas as pessoas do círculo social e familiar da mulher, durante o pós-parto têm sempre uma orientação para oferecer. As variadas opiniões, divergentes e convergentes, levam a nutriz a situação embaraçosa de decisão quanto à conduta a ser tomada em relação à amamentação.

Por outro lado, a assistência pré-natal é de suma importância para a saúde da mulher e seu filho. É possível sugerir que a orientação da enfermagem durante o pré-natal seja relevante para os seguintes aspectos: familiarização das gestantes quanto ao papel do aleitamento materno para sua própria saúde e a do bebê; preparação da mama para o ato de amamentar; necessidade de permanência em alojamento conjunto após o parto; e efeitos deletérios do uso de mamadeira, chupeta e outros hábitos orais.

É extremamente necessária a atuação de grupos de incentivo ao aleitamento materno a fim de reforçar o conteúdo explicitado durante o pré-natal, e de disponibilizar apoio psicossocial às mães para solucionar os inúmeros problemas que surgem durante os primeiros dias e meses após o parto.

Quanto ao tipo de parto, foi percebido a partir dos estudos, que a maioria das participantes teve parto normal. Vale ressaltar que o parto natural favorece uma melhor integração mãe-filho, pois não há a separação imediata como ocorre com o cesáreo, e isso vem a aumentar o laço afetivo entre ambos fazendo o bebê sentir-se mais amado e seguro.

Os autores observaram que a cesariana foi um fator de risco para o início da lactação, pois esse tipo de parto implicou em um aumento do uso de anestésicos e analgésicos que retardaram o primeiro contato mãe-filho e o estabelecimento da amamentação. Além disso, acarretou uma recuperação mais difícil, gerando maior desconforto físico da mãe ao lidar com o bebê.

Relacionado ao puerpério, é necessária uma comunicação simples e objetiva durante a orientação, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno no alojamento conjunto, demonstrando diversas posições, promovendo relaxamento e posicionamento confortável, explicando a fonte dos reflexos da criança e mostrando como isso pode ser usado para ajudar na sucção do recém-nascido.

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o aleitamento materno bem sucedido, devendo o enfermeiro estar próximo durante e após o parto, auxiliando as mães nas primeiras mamadas do recém-nascido e esclarecendo suas dúvidas. No momento do puerpério as pressões pessoais e sociais geram tensões na mulher que podem dificultar sua tomada de decisão para a prática do aleitamento, como inibi-la ou rejeitá-la, buscando formas mais fáceis de alimentar o bebê sem passar pelas adaptações e dificuldades iniciais que possam surgir no ato de amamentar.

Sabe-se que praticamente todas as mulheres têm possibilidades biológicas para amamentar, ou melhor, de começar a amamentar. Porém, após o início, outra ordem de problemas pode acontecer, tais como o ingurgitamento mamário, mamilos doloridos, mastite entre outros que precisam ser solucionados para que haja sucesso no aleitamento.

Por outro lado, o bebê pode apresentar problemas relacionados à sucção incorreta, pega da aréola inadequada, sendo que nesses casos os bebês podem não estar sendo bem posicionados, não abrir a boca suficientemente ou ter recebido bicos artificiais ou chupetas.

Assim, visando à superação dessas dificuldades, justifica-se o desenvolvimento de uma relação interpessoal, fundamentada nessas atitudes e habilidades de comunicação, a fim de promover na nutriz autonomia crescente, no sentido de torná-la apta a explorar e identificar o que se passa consigo mesma.

Conclusão

Observamos que há inúmeros fatores que podem contribuir para o sucesso ou fracasso do aleitamento materno. Quanto às variáveis que influenciam o desmame, notamos que as razões alegadas para o insucesso do aleitamento materno estão diretamente associadas aos fatores socioeconômicos e demográficos, já que a mulher frente às dificuldades relacionadas as condições socioeconômicas e a falta de apoio familiar e profissional, tornam-se vulneráveis ao desmame.

É importante que o profissional de saúde, dando enfoque à equipe de enfermagem, sinta-se responsável pelos casos de desmame precoce em mães sob sua orientação e que busque a razão de cada

caso de insucesso, refletindo sobre o que poderia ter feito a mais e melhor.

Desta forma, sugerimos, que a enfermeira esteja habilitada a preparar a gestante para o aleitamento, percebendo a importância da comunicação como instrumento do processo de trabalho em saúde, utilizando o diagnóstico de enfermagem baseado na NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*).

Nesse contexto, as ações de enfermagem devem estar direcionadas para uma resolução/intervenção adequada, descobrindo novas opções a fim de evitar dúvidas, dificuldades e possíveis complicações, investindo em atividades como visitas domiciliares, palestras, grupos de apoio e aconselhamento para incentivo e manutenção do aleitamento materno, a fim de evitar o desmame precoce.

Se faz mister incentivar mais publicações da enfermagem relativas a atuação da enfermeira frente ao desmame precoce, tendo em vista que foram identificados somente três publicações dentre os artigos incluídos neste estudo.

Sabendo que a enfermeira assiste a mulher durante a gestação, parto e puérperio, é imprescindível que as orientações fornecidas quanto à importância do aleitamento materno sejam de qualidade e esclarecedoras.

Por outro lado, é necessário que a enfermeira esteja atenta aos fatores que podem levar as mulheres a desistirem do aleitamento, devendo atuar no sentido de identificar tais problemas e encorajar essas mulheres na continuidade do aleitamento exclusivo.

Referências

1. Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997. p.257-9.
2. Duncan B. Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
3. Lana APB. O livro de estímulo à amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.
4. Burroughs A. Uma introdução à enfermagem materna. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Fatores de saúde que podem interferir na amamentação. São Paulo: IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e Unicef Brasil; 1994.p.39-48.
6. Carvalho RM. O papel da enfermagem no aleitamento materno [online]. [citado 2007 Jul 18]. Disponível em URL: http://www.amamentacao.org.br.htm.
7. Suzane CK, Elsa G, Lulie OS, Jacson LF, Nádia L, Vivien YJ, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev Saúde Pública 2000;34(2):143-8.
8. Mirella TJ, Maria AAM, Shirley KSB, Ana KBP, Rafaelle LO. Fatores que contribuem para o desmame precoce. Esc Anna Nery Rev Enferm 2005;79(1):356-64.
9. Magda AR, Cecília HSS, Maria LORV, Anna MC, Maria RB. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(2):234-8.
10. Machado LV, Larocca LM. Intercorrências mamárias e desmame precoce - uma abordagem comunicacional. Cogitare em Enferm 2004;9(2):89-98.
11. Carrascoza KC, Costa JAL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. Estudos de Psicologia 2005;22(4):433-40.
12. Beleza ACS, Pitangui ACR, Nakano, MAS, Ferreira CHJ. Orientações sobre o aleitamento materno inseridas na prática do cuidado pré-natal no Brasil. Revista Hispeci & Lema 2006;9:78-80.
13. Nilza A, Aline GF, Cleide GA. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. Revista Eletrônica de Enfermagem 2004;6:3-18.
14. Neusa BOJ, Elisabeth LC, Neuri NK, Rosimery K. Conhecimento de mães sobre amamentação. Rev Gaúch Enferm 1993;14(1):19-24.
15. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. Rev Latinoam Enfermagem 2002;10(4):578-85.
16. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. Revista Eletrônica de Enfermagem 2005;7(2):207-14.
17. Candeias NMF. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. Rev Saúde Pública 1983;17(2):71-82.
18. Ana CFVA, Maria GRG, Heimar FM. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. Rev Latinoam Enfermagem 1997;5(2):49-59.

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, N Engl J Med. 1997; 336(4): 309-315) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são resumidas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), htpp://www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2001.

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power-Point, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

2. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

3. Atualização ou divulgação

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

4. Estudo de caso

São artigos de dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

5. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

PREPARAÇÃO DO TEXTO

1. Normas gerais

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times Roman (English Times) tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:
- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave *(Abstract, Key-words, Resumen, Palabras-clave)*

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:
- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
artigo@atlanticaeditora.com.br

Consulte o texto completo das Normas em nosso site:
www.atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

Setembro

23 a 26 de setembro
XII Congresso Médico de Pneumologia e Tisiologia da SOPTERJ
Centro de Convenções do CBC
Rio de Janeiro, RJ
Informações: (21) 2548-5141

23 a 26 de setembro
II Congresso de Medicina de Emergência
Fortaleza, CE
Informações: (85) 4011-1572

23 a 26 de setembro
XII Congresso Paulista de Enfermagem em Nefrologia
Campos do Jordão, SP
Informações: (11) 3892-6696

Outubro

6 a 8 de outubro
III Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica
Florianópolis, SC
Informações: cbepnfloripa@yahoo.com.br

7 a 9 de outubro
2º Simpósio Ibero-Americano da História da Enfermagem
Fundação Calouste Gulbenkian
Lisboa, Portugal
Informações: 213 535 543/217 156 736
E-mail: historiaenf@gmail.com

7 a 10 de outubro
XVI Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica
Fortaleza, CE
Informações: (85) 4011-1572

25 a 29 de outubro
VIII Congresso Brasileiro de Estomaterapia
III Congresso Latino Americano de Estomaterapia
Rio Quente, GO
Informações: (11) 5081-7718

Novembro

17 a 20 de novembro
II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de países de língua oficial portuguesa
Coimbra, Portugal
Informações: congresso.uicisa@esenfec.pt

18 a 21 de novembro
II Simpósio Brasileiro de Estomatateraphia
I Simpósio Internacional de Estomaterapia Nacional e Pediátrica
Hotel Leão da Montanha
Campos do Jordão, SP
Informações: (11) 5081-7718

Dezembro

7 a 10 de dezembro
61º. Congresso Brasileiro de Enfermagem
Fortaleza CE
Informações: www.aben.ce.com.br

2010

Julho

29 de julho a 1 de agosto
7º. Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospitalar
Anhembi, São Paulo, SP
Informações: www.sobecc.org.br

Agosto

28 a 31 de agosto
III Congresso Internacional de Especialidades Pediátricas
Curitiba, PR
Informações: www.criança2010.org.br/programa_enfermagem

Enfermagem BRASIL

Índice

Volume 8 número 6 - Novembro / Dezembro de 2009

EDITORIAL

Apagão, Leila Rosa dos Santos 299

ARTIGOS ORIGINAIS

A utilização da música no processo de humanização da assistência à pessoa com transtorno mental, Marco Aurélio Tosta Longo, Silvia Andréia da Silveira, Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira 301

Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres assistidas na consulta enfermagem ginecológica de uma localidade litorânea do Rio de Janeiro, Ricardo José Oliveira Mouta, Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão, Cristina Portela da Mota, Andréa Araújo Viana 307

Idoso e os cuidados perioperatório, Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, José Manuel Mayán Santos, Gangoy Crego, Montserrat Fernández Prieto 315

Hipertensão arterial em idosos: prevalência e fatores associados no município de Três Lagoas/MS, Patrícia Rodrigues Souza, Suse Barbosa Castilho, Sônia Regina Jurado 323

RELATO DE CASO

O olhar de um grupo de mulheres no período do climatério e menopausa pertencentes a um ESF no município de Criciúma/SC, Priscila da Silva Timóteo, Josete Mazon 328

REVISÃO

Qualidade de vida da mulher com câncer de mama, Kátia Melissa Padilha, Carolina Pessoni, Daniela Cervan Gomes, Juliane Almeida da Silva, Rosangela Ferreira da Silva, Rosangela Helena M. Barros 335

Transmissão vertical da doença de Chagas em gestantes, Penélope Sant'Ana Leal, Francisca Neuma de Oliveira 340

Sucção não-nutritiva em neonatos e lactentes impossibilitados de amamentação, Bárbara Alves Brasil Anschau, Maria Filomena Vancelotte Pereira de Almeida 348

O papel do enfermeiro na prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, Gisele de Araújo Peixoto, Keila da Silva, Romária da Costa, Suelen de Andrade Garcia, Flávia Silva de Souza 353

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 359

CALENDÁRIO DE EVENTOS 361

EDITOR CIENTÍFICO – PRESIDENTE DO CONSELHO CIENTÍFICO

Profª. Drª. Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira (UFMS – Mato Grosso do Sul)
Profª. Drª. Aida Mendes (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Portugal)
Profª. Drª. Almerinda Moreira (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr Ari Nunes Assunção (UNISC – Santa Cruz do Sul)
Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima (UFPB – Paraíba)
Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima (UFF – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Eliane Aparecida Sanches Tonolli (UEM – Maringá)
Profª. Drª. Jacileide Guimarães (UFRN – Rio Grande do Norte)
Prof. Dr. José Verdú Soriano (Universidad de Alicante – Espanha)
Profª. Drª Leila Rosa dos Santos (ISBL – Londrina)
Profª. Drª. Márcia Galan Perroca (FAMERP – São José do Rio Preto – São Paulo)
Profª. Drª. Márcia Maria Fontão Zago (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Margarethe Maria Santiago Rêgo (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Maria da Graça Piva (ULBRA – RS)
Profª. Drª. Maria Ermelinda Miranda Ribeiro Jaques (Escola Superior de Enfermagem – IPVC – Portugal)
Profª. Drª. Maria Helena da Silva Nery (UFRGS – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Marialda Moreira Christoffel (UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida (UNICAMP – Campinas)
Profª. Drª Mércia Heloisa Ferreira da Cunha (UFMG – Belo Horizonte)
Profª. Drª. Nadia Antonia Aparecida Poletti (FAMERP – São José do Rio Preto)
Profª. Drª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita Batista Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Drª. Rita de Cássia Tapié Martins (USP – São Paulo)
Prof. Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos (UFPB – Paraíba)
Profª. Drª. Silvia Helena de Bortoli Cassiani (USP – Ribeirão Preto)
Profª. Drª. Taka Oguisso (USP – São Paulo)
Profª. Drª Teresa Tonini (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi (FURG – Rio Grande do Sul)
Profª. Drª. Vera Regina Salles Sobral (UFF – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado (UNIRIO – Rio de Janeiro)
Prof. Dr. Wilson D. Lunardi Filho (FURG – Rio Grande do Sul)

GRUPO DE ASSESSORES

Profª. Ms. Andréia Saccol Lourenço (Escola Técnica de Enfermagem São Francisco – Rio Grande do Sul)
Profª. Ms. Dóris Maria Volquind (Clínica de Florais de RAFF – Rio Grande do Sul)
Profª. Ms. Gisele Cristina Tertuliano (Rio Grande do Sul)
Profª. Ms. Sonia Maria Ponciano dos Santos (Escola Anna Nery – UFRJ – Rio de Janeiro)
Profª. Ms. Maria Filomena Vancellote Almeida (UniRio – Rio de Janeiro)
Prof. Ms. William Malagutti (UGF – São Paulo)

Enfermagem Brasil é indexada no CINAHL
(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

atlântica editora

Atlântica Editora
e Shalon Representações
Praça Ramos de Azevedo, 206/1910
Centro 01037-010 São Paulo SP

Atendimento
(11) 3361 5595 / 3361 9932
E-mail: atendimento@atlanticaeditora.com.br

Assinatura
1 ano (6 edições ao ano): R$ 240,00

atlantica@atlanticaeditora.com.br
www.atlanticaeditora.com.br

Administração e vendas
Antonio Carlos Mello
mello@atlanticaeditora.com.br

Marketing e Publicidade
José Gomes
gomes@atlanticaeditora.com.br

Assistente de vendas – Atendimento
Márcia P. Nascimento
marcia@atlanticaeditora.com.br

Co Editor
Artmerkado Editora Técnica e Cultural Ltda

Editor executivo
Dr. Jean-Louis Peytavin
jeanlouis@atlanticaeditora.com.br

Editor assistente
Guillermina Arias
guillermina@atlanticaeditora.com.br

Projeto gráfico
Artmerkado Editora Técnica e Cultural Ltda

Direção de arte
Cristiana Ribas
cristiana@atlanticaeditora.com.br

Todo o material a ser publicado deve ser enviado para o seguinte endereço de e-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Atlântica Editora edita as revistas ***Fisioterapia Brasil, Neurociências, Nutrição Brasil e Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.***

Fotos da capa: *PAM Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.*

© ATMC - Atlântica Editora Ltda - Nenhuma parte dessa publicação pode ser reproduzida, arquivada ou distribuída por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia ou outro, sem a permissão escrita do proprietário do copyright, Atlântica Editora. O editor não assume qualquer responsabilidade por eventual prejuízo a pessoas ou propriedades ligado à confiabilidade dos produtos, métodos, instruções ou idéias expostos no material publicado.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Editorial

Apagão

*Prof. Dra. Leila Rosa dos Santos**

Numa noite de novembro fomos surpreendidos com um apagão que, segundo notícias exaustivamente veiculadas nos meios de comunicação, atingiram dezoito estados brasileiros.

Do acontecimento em si para todas as considerações, especulações, explicações e todas as "ções" possíveis, fomos sendo envolvidos nos dias seguintes. O assunto não acabou, mas a euforia do acontecimento, já. Parece até que não temos mais nada a ver com isso e que isso não nos atinge...

Pelo que se sabe até agora, o culpado foi um raio.

Quem é esse poderoso fenômeno da natureza capaz de interferir em tudo e, por tabela, em todos? Seria possível ter impedido sua descarga elétrica?

Poderia ocorrer um apagão na enfermagem também? Dou um salto estratosférico e passo para outra grande força da natureza; o cuidado humano.

Foco no cuidado humano da enfermagem. Com um pouco menos de pretensão, chego ao cuidado humano na formação dos humanos que cuidarão de outros humanos.

Que humanos são esses?

Respondo. Alunos de enfermagem. Muitos deles bem próximos a um apagão físico e emocional gerado por uma vida onde a palavra qualidade sequer cabe.

Optaram por voltar a estudar sem abrir mão de nada. Como sei? Converso e convivo com eles que, em sua grande maioria se mostram cansados, sonolentos, com uma vontade grande de aprender, mas com um olhar congelado, buscando desesperadamente por uma fresta de compreensão, mas com uma expressão impermeável. Precisam deixar a sala de aula uma hora mais cedo porque têm (graças a Deus "um particular" para fazer) antes do próximo plantão, que os levará a chegarem uma hora atrasados às aulas do dia seguinte. Como heróis pagam seu curso e sustentam sua família.

Aguardam, enquanto lutam, pelo diploma, pelo emprego, pelo exercício de uma profissão pautada no ensino, pesquisa, gerência e assistência, todas abarcadas pelo cuidado.

Numa desigualdade cruel entre os colegas que têm o privilégio de vivenciarem situações confortavelmente opostas, estamos a curto e médio prazo programando um apagão no cuidado de enfermagem a partir do que temos deixado de fazer por nós mesmos.

Por que digo isso? Porque só a enfermagem é capaz de exercer esse cuidado profissional poderoso e essencial dentro das leis da natureza humana. Por isso, também pode estar sujeita a apagões.

Daí a necessidade de nos prepararmos para conhecer seus sinais. Por exemplo, aqueles segundos que antecedem o desastre do raio, em que se avistam relâmpagos e ouvem-se trovões (entendidos nas mais variadas formas, desde as grades curriculares elaboradas para agradar ao patrão, passando pela prática docente exercida com requintes de crueldade, dos TCCs comprados, do silêncio diante da aprovação do ato médico, dentre

*Enfermeira, mestre e doutor pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

outros), já são considerados prenúncios de que devemos nos proteger com atitudes efetivas que evitem apagões pessoais e profissionais.

Daí cada um de nós é chamado à reflexão.

De minha parte, nesses 32 anos de enfermeira, sobrevivi a muitos desastres pessoais e profissionais, contando com Jesus, a Luz da Vida, família, alunos e clientes e amigos a quem chamo de anjos pára-raios.

Luz da vida para o que nos alimenta a alma e luz do conhecimento para o que nos capacita a exercer uma profissão sólida à prova de trovões e trovoadas.

Portanto, na leitura de mais esse número da Enfermagem Brasil, desejo a todos nós ótimos ventos de um aprendizado iluminado.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Artigo original

A utilização da música no processo de humanização da assistência à pessoa com transtorno mental

Marco Aurélio Tosta Longo*, Silvia Andréia da Silveira*, Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira, M.Sc.**

***Enfermeiros Hospital Psiquiátrico Américo Bairral, **Docente do Centro Universitário de Espírito Santo do Pinhal e Coordenador do Curso Técnico de Enfermagem da ETEC Pedro Ferreira Alves, Mogi Mirim/SP*

Resumo

Desde os tempos remotos, à música tem sido atribuído o mais diferente significado, seja em relação a sua expressão estética, ou a sua função mística, religiosa, mágica e terapêutica. Essas características conferem à música a capacidade de abranger o ser humano em sua totalidade, podendo ser utilizada no processo de humanização do cuidado de enfermagem. Este estudo teve como objetivo demonstrar os benefícios da música na humanização da assistência à pessoa com transtorno mental. A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de julho e setembro de 2007 no Instituto Bairral de Psiquiatria, localizado na cidade de Itapira, interior do Estado de São Paulo, onde desenvolvemos atividades musicais junto a uma amostra de 27 sujeitos. Dentre os principais achados, notou-se que a música está diretamente relacionada à concepção de pensamentos e emoções positivas, favorecendo o relaxamento, a expressão de sentimentos, o resgate de memórias do passado e a melhoria do relacionamento interpessoal, contribuindo significativamente para o processo de humanização da assistência em saúde mental.

Palavras-chave: humanização, enfermagem, psiquiatria, música.

Abstract

Music therapy to humanize assistance of people with mental disorder

Since remote ages, it has been attributed different meaning to music, either in relation to the aesthetics expression, or to mystic, religious, magic and therapeutic function. It can be used as an instrument for humanizing the process of nursing care. This study had as objective to demonstrate the benefits of music to assistance of people with mental disorder and was carried out from July to September 2007 at Bairral Institute of Psychiatry, located in Itapira, São Paulo, where musical activities were developed with 27 persons. Among the main findings, it was observed that music was related directly to the conception of thoughts and positive emotions, favoring relaxation, expression of feelings, the recovery of past memories and interpersonal relationship improvement, contributing significantly for the process of humanization of mental health assistance.

Key-words: humanization, nursing, psychiatry, music.

Artigo recebido em 18 de maio de 2009; aceito em 3 de novembro de 2009.
Endereço para correspondência: Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira, Av. Pedro Botesi 2555/101, bloco 62, Jd. Scomparim, 13806-635 Mogi Mirim SP, Tel: (19) 3552-3015, E-mail: cherbéu@yahoo.com.br

Resumen

El uso de la música en el proceso de humanización de la asistencia a las personas con trastorno mental

Desde tiempos remotos, el ser humano le ha atribuido a la música los más diferentes significados, sea en relación a su expresión estética o a su función mítica, religiosa, mágica o terapéutica. Esas características le dan la capacidad de abarcar al ser humano en su totalidad, siendo así utilizada en el proceso de humanización del cuidado de enfermería. Este estudio tuvo como objetivo demostrar los beneficios de la música en la humanización de la asistencia a las personas con trastorno mental. La investigación de campo fue realizada entre los meses de Julio a Septiembre de 2007 en el Instituto Bairral de Psiquiatría, ubicado en la ciudad Itapira, interior del Estado de São Paulo, donde desarrollamos actividades musicales junto a una muestra de 27 personas. Dentro de los principales puntos encontrados, notamos que la música está directamente relacionada a la concepción de pensamientos y emociones positivas, beneficiando el relajamiento, la expresión de sentimientos, el rescate de memorias del pasado y la mejora de relacionamientos interpersonales, contribuyendo significativamente para el proceso de humanización de la asistencia en la salud mental.

Palabras-clave: humanización, enfermería, psiquiatría, música.

Introdução

Sabe-se que a música abrange as dimensões biológica, mental, emocional e espiritual do ser humano, entretanto muitos dos caminhos pelos quais isso ocorre ainda nos são desconhecidos. Independente disso observou-se ao longo da história da humanidade e da própria medicina sua utilização como recurso terapêutico [1].

A música é parte integrante da natureza e dos seres humanos. Seus componentes básicos, como o ritmo, a melodia e a harmonia, são os mesmos que compõem o nosso organismo, como, por exemplo, o ritmo cardíaco, a sincronização rítmica ao caminhar, a melodia e o volume de nossas vozes ao falar [2].

A música está enraizada nas camadas mais profundas da nossa personalidade, onde percepções sensoriais, sentimentos e pensamentos se integram [3]. Ela é uma forma de expressão não-verbal, percebida através do aparelho auditivo e posteriormente canalizada para o cérebro, para regiões de respostas emocionais, algumas delas associadas ao sistema límbico. A música ajuda a estimular a imaginação, a fantasia e a intuição, e assim, integrar as funções dos hemisférios direito e esquerdo do cérebro [4].

Estudos recentes indicam que quando ouvimos música, substâncias químicas cerebrais são liberadas, promovendo a regularização do humor, a redução da agressividade, a melhora de quadros depressivos [4], além de contribuir com a diminuição dos níveis elevados de estresse [5].

Nesse contexto, a presença do som ritmado e harmônico pode aliviar a dor de causa física e emocional, agir em parâmetros hemodinâmicos como freqüência cardíaca, pressão arterial, temperatura, bem como no relaxamento da pessoa com regularização do ritmo respiratório, relaxamento muscular e melhora do sono [6].

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar os benefícios da música no processo de humanização da assistência à pessoa com transtorno mental.

O interesse pelo tema surgiu de nossa vivência como profissionais de saúde, e a partir da realização dos estágios onde convivemos com pessoas com transtornos mentais.

Com o processo da Reforma Psiquiátrica, que trouxe e ainda traz muitas inovações para o tratamento ao "partilhante" portador de um transtorno mental, torna-se necessário que os profissionais de saúde mental se qualifiquem para as novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma concepção de cidadania, ética, humanização e assistência integral [7].

O enfermeiro, na área psiquiátrica, pode dar sua contribuição para que a humanização da assistência torne-se possível, através de ações que promovam mudanças na nossa prática de cuidar, desenvolvendo atividades que favoreçam o diálogo, a integração, a expressão de sentimentos, que são fatores importantes para um relacionamento interpessoal adequado entre o usuário do serviço e o profissional que presta os cuidados [8,9].

A música, sendo uma linguagem universal, vem ao encontro dessa necessidade, uma vez que apresenta características capazes de atender o ser humano em sua totalidade, podendo ser utilizada na humanização da assistência em saúde mental.

O interesse da enfermagem pela música como recurso no cuidado tem crescido e pode ser constatado nos estudos que apontam suas diversas contribuições junto à pessoa sob seus cuidados, a exemplo da produção de conforto, da diminuição da dor e do favorecimento da comunicação terapêutica, tornando o cuidado mais humanizado [10].

No Brasil, alguns hospitais já inseriram a música no processo de cuidar dos "partilhantes", sendo o Hospital Samaritano, o pioneiro na área da enfermagem. Nesse sentido, as enfermeiras das unidades dessa Instituição, prescrevem na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a música como cuidado [11].

Material e métodos

O material para realização desta pesquisa obteve-se a partir da revisão bibliográfica de livros, teses, dissertações e artigos publicados em periódicos localizados nas bases de dados Scielo, Lilacs e o acervo da Biblioteca da Unicamp, tendo como palavras-chave: humanização, enfermagem, psiquiatria e música.

Utilizou-se o método exploratório, descritivo e comparativo com abordagem qualitativa. O estudo desenvolveu-se entre os meses de julho a setembro de 2007, semanalmente, no período das 14 às 17 horas. Por tratar-se de uma experiência psiquiátrica, o trabalho foi realizado no Instituto Bairral de Psiquiatria, localizado na cidade de Itapira, interior do Estado de São Paulo. A amostra foi composta de 27 sujeitos com idade entre 48 e 88 anos, com diagnósticos psiquiátricos e/ou neurológicos variados como depressão, doença de Alzheimer, transtorno de humor bipolar (THB), transtorno obsessivo compulsivo (TOC), esquizofrenia, Parkinson e alcoolismo. O grupo de "partilhantes" reunia-se no setor de Terapia Ocupacional, contando com a presença de uma terapeuta ocupacional responsável, onde eram desenvolvidas as sessões de música por um período de 60 minutos. Para as sessões utilizou-se instrumento de cordas (violão), instrumentos de percussão (chocalho, pandeiro), e a voz em forma de cantar, possibilitando assim a participação mais direta dos integrantes do grupo. Optou-se por não selecionar um repertório específico, mas sim executar as músicas solicitadas pelos "partilhantes" valorizando o gosto musical de cada indivíduo. Mediante esse ambiente, fez-se uma série de observações e registro das alterações ocorridas relacionadas ao comportamento, expressões faciais, frases ou palavras ditas, integração entre o grupo e participação no canto das músicas.

Elaborou-se também, um questionário com perguntas semi-estruturadas que foram aplicadas individualmente para coleta e análise dos dados relacionados à atividade musical desenvolvida, sendo entrevistados três sujeitos no final de cada sessão, de um total de nove sessões, perfazendo um número de 27 entrevistas. Foi optado por três sujeitos por sessão, pois não havia tempo hábil para se entrevistar todos em todas as sessões. Os aspectos éticos da pesquisa foram preservados, pois o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Regional de Espírito Santo do Pinhal. A categoria de análise escolhida foi a música na expressão de sentimentos, pois a coleta de dados se deu por entrevistas e informações coletadas pelos entrevistados, baseados nos sentimentos e lembranças expressados pelos "participantes".

Resultados e discussão

Analisando os questionários obtidos, a amostra foi composta por 27 sujeitos, sendo 16 sujeitos do gênero feminino (59%) e 11 sujeitos do gênero masculino (41%) com faixa etária entre 48 e 88 anos.

A maioria dos "partilhantes" (37%) tinha idade entre 60 e 69 anos. Esse fator mostrou-se relevante na escolha das músicas que foram utilizadas durante as sessões, sendo que, geralmente, foram solicitadas canções antigas que marcaram época, como Carinhoso, Chalana, Asa Branca, Trem das Onze, algumas cantigas como Nesta Rua, Jardineira, e canções mais recentes como Aquarela, Porto Solidão, entre outras.

Em relação ao grau de escolaridade observou-se que a maior parte (59%) dos "partilhantes" tinha o segundo grau completo.

Tabela I - Dados relacionados à preferência musical.

Variável	N	%
Preferncia musical		
Sertanejo	06	21,0
Música clássica	04	14,0
Samba	04	14,0
Romântica	04	14,0
Religiosas/ vocacionais	02	7,0
MPB	02	7,0
Valsa	02	7,0
Tango	01	4,0
Bolero	01	4,0
Música portuguesa	01	4,0
Total	27	100,0

Fonte: Questionário elaborado pelos autores.

A tabela acima demonstra o estilo musical que predominou entre os participantes do grupo. Percebe-se que os gêneros musicais são bastante variados, porém, o estilo predominante no grupo consultado foi o da música sertaneja (21%).

Não houve relevância entre profissões manuais e executivas. Elas eram bastante variadas, não formando com isto dados concretos que pudessem ser tabulados.

Dos 27, apenas 06 "partilhantes" (22%) tinham algum conhecimento musical, e mesmo que atualmente não toquem nenhum instrumento, já estudaram música em alguma fase de suas vidas. Dos 06 "partilhantes" que escolheram a música sertaneja, 03 estudaram piano, 01 tocava acordeão e piano e 02 já tocaram violão.

Durante as sessões de música observou-se uma maior participação desses sujeitos, o que contribuiu para o envolvimento do restante do grupo no desenvolver das canções. Podemos citar o exemplo de um deles que pôde colaborar tocando um instrumento de percussão (chocalho), dando ritmo e fazendo com que as músicas ficassem mais alegres.

Música na alteração do estado de humor

Notou-se que a maioria dos "partilhantes" (56%) refere sentir-se melhor após participar do grupo, demonstrando a capacidade da música em trazer bem-estar associado a seus aspectos positivos. Quanto ao seu significado, para (80%) dos participantes, a música está diretamente ligada a sentimentos de alegria e contentamento.

A música é capaz de proporcionar distração, distanciando o "partilhante" dos pensamentos negativos, e uma vez a impressão deixada na consciência, o humor deprimido pode ser substituído por pensamentos relacionados ao prazer, alegria, favorecendo sua ligação com aspectos positivos que geram saúde [4].

Observa-se, porém, que algumas canções trazem maior emoção e alegria do que outras, especialmente se forem mais conhecidas pelos "partilhantes".

Carregada de afeto, a música só aparece com sentido ao sujeito a partir do momento em que ela apresenta um significado particular, pois uma mesma música não causa a mesma reação, o mesmo sentimento ou emoção em dois sujeitos diferentes [12].

Realmente pôde-se comprovar essa afirmação em nossa experiência prática, ao percebermos como cada indivíduo carrega consigo uma canção em particular, que certamente marcou um momento de sua vida e que é trazido à tona durante o tocar dessa canção. Vê-se na expressão (nos olhos) emocionada dos "partilhantes" o aflorar de muitos sentimentos embalados muitas vezes pelo simples tocar de uma melodia ou de uma letra conhecida.

A música na expressão de sentimentos

Alguns "partilhantes" definiram a música como algo que facilita a expressão de sentimentos internos. Na terapia musical os "partilhantes" acabam por encontrar um espaço geográfico e temporal para expressar seus sentimentos, sem nenhuma preocupação com a técnica ou com o ter que se comunicar. Essa expressão pode se dar em nível musical, corporal e/ou verbal e, em grupo, possibilitar uma vivência rica, a ponto de partilhar com os outros sentimentos que lhes são comuns [12].

Em seu trabalho com música, realizado junto a "partilhantes" portadores da doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice, a comunicação não-verbal foi apontada como uma linguagem altamente significativa e merecedora de atenção [12].

A música como forma de relaxamento

Para outros "partilhantes", a música oferece um estado de relaxamento, tranqüilidade e paz.

O uso da música como um agente para o relaxamento e para o conforto espiritual, pode ser considerado um excelente subsídio para os tempos modernos, em que somos marcados pela busca de alternativas que contemplem a pessoa em sua integralidade [13].

A música afeta o corpo de duas maneiras distintas, diretamente com efeito do som sobre as células e os órgãos, e indiretamente agindo sobre as emoções, que depois, por seu turno, influenciam numerosos processos corporais, ocasionando relaxamento e bem-estar [14].

Música e relacionamento interpessoal

Quanto ao relacionamento interpessoal, a música também parece ter contribuído melhorando o diálogo entre os participantes, possibilitando que alguns dos "partilhantes" com dificuldade em estabelecer contato fossem estimulados a interagir com o grupo.

Para 25 "partilhantes" (93%) o grupo musical favoreceu as relações, e somente 02 "partilhantes" (7%) não se sentiram à vontade e permaneceram isolados durante as sessões.

As atividades grupais envolvendo a música favorecem a troca de experiências abrindo canais de comunicação por meio da linguagem não-verbal, quebrando barreiras psicológicas, facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e despertando a sensibilidade para um olhar mais amplo do sujeito, buscando respeitá-lo em sua totalidade bio-psico-social e espiritual [15].

Como forma de comunicação, a música constitui uma das possibilidades de interação humana [3].

A música como dispositivo de resgate do passado

Outra possibilidade é a capacidade da música em evocar lembranças do passado, momentos vividos e pessoas a eles ligados.

Para 19 indivíduos (70%) a música traz recordações positivas, para 11 (40%) lembranças dos familiares e amigos, para outros 10 (37%) da infância e adolescência, para 05 (19%) dos amores do passado, para 4 deles (14%) recordações negativas. Alguns "partilhantes" atribuíram mais de um tipo de recordação trazida pela audição musical.

A música mais que um dispositivo capaz de acessar memórias, mostra-se um instrumento apropriado para dar sentido à vida daqueles que estão se sentindo incapacitados pela doença, possibilitando não apenas a associação de lembranças, mas também o resgate de passagens de histórias pessoais e coletivas [12].

Através das canções de uma vida inteira, é possível relembrar momentos que, apesar de individuais, não deixam de ser coletivos, que marcaram uma determinada fase da vida, uma geração, uma época [17].

A música tem sido apontada como um recurso valioso no tratamento das demências e como dispositivo que não apenas permite acessar as memórias, mas também, mantê-las acesas, mesmo que por pouco tempo [12].

Os benefícios da música em grupo

Quando perguntado aos "partilhantes" que participaram das sessões de música se o grupo estaria trazendo algum benefício, obteve-se um número expressivo de 26 respostas positivas (sim) e apenas 01 resposta negativa (não).

Assim, pode-se afirmar que existe um reconhecimento a respeito dos efeitos benéficos trazidos pela música no que se refere à sua utilização como forma de humanizar o cuidado ao "partilhante".

Em contrapartida obteve-se resposta negativa por parte de um dos participantes, que apesar de não reconhecer o benefício relata que a música lhe trouxe algo de especial.

Através de nosso estudo, observou-se que a música é capaz de proporcionar um ambiente alegre, descontraído e harmonioso, favorecendo o relaxamento e a expressão de sentimentos.

Durante as sessões, puderam-se notar diferentes reações por parte dos "partilhantes". Não raro, alguns deles se emocionavam no decorrer das canções demonstrando assim, a íntima ligação entre a música e os seus sentimentos.

A música permitiu aos "partilhantes" recordarem momentos de sua vida relacionados à família e amigos, então destacados pelos entrevistados como momentos que na maioria das vezes estão ligados a lembranças prazerosas. A recordação foi expressa pelo próprios "participantes", pois eles eram pessoas preservadas.

Percebeu-se que alguns deles mais emotivos choraram recordando passagens alegres ou tristes da sua vida relacionadas a uma canção.

O relacionamento interpessoal entre "partilhante" e enfermeiro também foi favorecido com as sessões de música em grupo, tornando o contato mais afetivo, sem que esse relacionamento deixasse de ser profissional.

Ao final das sessões de música, o clima que prevalecia era de alegria: todos cantavam, batiam palmas, tocavam instrumentos, compartilhando entre o grupo suas experiências individuais e coletivas.

Conclusão

Neste estudo, buscou-se investigar os benefícios da música na psiquiatria, tendo como objetivo principal a humanização da assistência à pessoa com transtorno mental.

A motivação para realizar esta pesquisa surgiu do desafio em unirmos duas artes importantíssimas que se completam entre si: a arte do cuidar e a arte musical.

Considerando os achados obtidos, concluiu-se que a música apresenta características valiosas que podem ser utilizadas para o processo de humanização dos cuidados ao "partilhante", abrangendo os aspectos físico, emocional, espiritual e social.

Com a realização deste trabalho, esperamos contribuir com a melhoria da assistência de enfermagem em saúde mental, demonstrando a importância da música como forma de humanização do cuidado, além de colaborar com dados que possibilitem, aos profissionais dessa área e de áreas correlatas, continuar pesquisando e aplicando procedimentos terapêuticos que melhor atendam às necessidades dos indivíduos com transtorno mental.

Por tratar-se de um assunto ainda pouco explorado, compartilhamos o entendimento de que mais pesquisas devem ser realizadas para um maior reconhecimento dos benefícios da música ao "partilhante" com transtorno mental.

Referências

1. Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(2):235-41.
2. Zárate PD, Díaz VT. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. Rev Méd Chile 2001; 129(2):219-23.
3. Ruud E, ed. Música e saúde. São Paulo: Summus; 1991.
4. Giannotti LA, Pizzoli LML. Musicoterapia na dor: diferenças entre os estilos jazz e new age. Nursing (S. Paulo) 2004;71(7):35-41.
5. Viniegras CRVG, Rodríguez JM, Barbón DR, Echevarría NC. Musicoterapia. Una modalidad terapéutica para el estrés laboral. Rev Cuba Med Gen Integr 1997;13(6)538-43.
6. Hatem TP, Lira PIC, Mattos SS. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. J Pediatr 2006;82(3):186-92.
7. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev Bras Enfermagem 2004;57(6):738-41.
8. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Latinoam Enfermagem 2005,13(5):737-42.
9. Inchoste AF, Mendes P, Fortes VLF, Pomatti DM. O uso da música no cuidado de enfermagem em hemodiálise. Nursing (S. Paulo) 2007;10(109):276-80.
10. Bergold LB, Alvim NAT, Cabral IE. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. Texto e Contexto Enfermagem 2006;15(2):262-269.
11. Leão ER. Influência da música na saúde. Nursing (S. Paulo) 2007;104(9).
12. Aleixo MAR. Música – uma ponte no tempo: demência e memória musical [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia; 2004. 100f.
13. Backes DS, Ddine SC, Oliveira CL, Backes MTS. Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. Nursing (S. Paulo) 2003;66(6):37-42.
14. Tame D. O poder oculto da música. São Paulo: Citrix; 1984.
15. Pimentel AF. Convergências entre a política nacional de humanização e a musicoterapia [monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2005.
16. Bergold LB, Sobral V. Como uma onda no ar: a música na humanização dos cuidados. Online Brazilian Journal of Nursing 2003;2(3).
17. Souza MGC. Musicoterapia e a clínica do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Nery AL. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 872-81.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Artigo original

Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres assistidas na consulta enfermagem ginecológica de uma localidade litorânea do Rio de Janeiro

Ricardo José Oliveira Mouta, M.Sc.*, Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão, M.Sc.**, Cristina Portela da Mota, M.Sc.***, Andréa Araújo Viana****

**Enfermeiro Obstétrico, Docente da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Coordenação do Programa Saúde da Mulher do Município de Rio das Ostras/RJ, **Enfermeira de Saúde Pública, Docente da Universidade Iguaçu, ***Enfermeira obstétrica, Docente da Faculdade de EEAAC/UFF, ****Enfermeira Sanitarista e Obstétrica, Coordenação Programa Saúde da Mulher do Município de Rio das Ostras/RJ*

Resumo

Os objetivos do estudo foram descrever e discutir o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres assistidas na consulta de enfermagem ginecológica em 2005 em uma unidade básica da baixada litorânea, do estado do Rio de Janeiro. Constituiu-se em estudo exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. A análise do perfil sociodemográfico permitiu concluir que a faixa etária de maior adesão ao programa é a de 21 até 30 anos, com percentual significativo de mulheres idosas; o principal estado civil é de mulheres casadas, emparelhando com o de mulheres sem cônjuge referido; as mulheres atendidas estão, em sua grande maioria, inseridas no mercado de trabalho, seguidas das profissionais do lar. Os principais resultados do perfil clínico através do Papanicolau apontaram para inflamação e metaplasia escamosa; NIC I e NIC II foram detectados um caso de cada. Foi detectado um percentual elevado de mulheres portadoras de agente infeccioso.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde da mulher, enfermagem.

Abstract

Sociodemographic and clinical profile of women assisted in a gynecological nursing consultation of a city of Rio de Janeiro coastline

The aim of this study was to describe and discuss the clinical and sociodemographic profile of women assisted at the gynecological consultation in 2005 of a health unit of the coast of Rio de Janeiro. It was an exploratory study with descriptive and quantitative approach. The analysis of the sociodemographic profile showed that the highest age group adherence to the program is from 21 to 30 years, with a significant percentage of older women; the main marital status is of married women, paired with women without husbands; most of the women who attended the program are inserted in the labor market, followed by housewives. The main results of the clinical profile through Papanicolau testing pointed out inflammation and

Artigo recebido em 30 de junho de 2009; aceito em 4 de novembro de 2009.
Endereço para correspondência: Sandra Maria Oliveira Caixeiro-Brandão, Rua Engenheiro Albuquerque, 6 Bairro Grajaú 26030-700 Nova Iguaçu RJ, Tel: (21) 3759-6027, E-mail: caixeiro40@ig.com.br

squamous metaplasia; cervical intraepithelial neoplasia (CIN I and CIN II) were detected, one case each. A high rate of women with infectious agent was observed.

Key-words: primary health care, women health, nursing.

Resumen

Perfil sociodemográfico y clínico de mujeres asistidas en la consulta de enfermería ginecológica en una ciudad costera de Río de Janeiro

Los objetivos de este estudio fueron describir y analizar las características clínicas y el perfil sociodemográfico de mujeres que recibieron asistencia en la consulta de enfermería ginecológica en 2005 en una unidad básica de la ciudad costera del estado de Río de Janeiro. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cuantitativo. El análisis del perfil sociodemográfico indica que la edad de mayor adhesión al programa es de 21 a 30 años, con un porcentaje significativo de las mujeres de edad, el principal estado civil es la mujer casada, junto con el de las mujeres sin cónyuge; la mayoría de las mujeres atendidas están en el mercado de trabajo, seguidas por las que se ocupan de los trabajos en el hogar. Los principales resultados del perfil clínico a través del Papanicolau apuntaron para inflamación y metaplasia escamosa, NIC I y NIC II se detectaron un caso de cada. Se ha detectado un alto porcentaje de mujeres portadoras del agente infeccioso.

Palabras-clave: salud primaria, salud de la mujer, enfermería.

Introdução

A consulta de enfermagem foi legalmente estabelecida como atividade privativa do enfermeiro no ano de 1986, por meio da promulgação da lei 7.498, que dispõe sobre o exercício profissional, sendo efetivamente regulamentada, em 1987, pelo Decreto 94.406. Caracteriza-se por contemplar o levantamento de problemas, prescrição e registro, através dos quais são identificados problemas de saúde-doença e implementadas ações de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher [1].

Inicialmente foi implementada nos serviços de saúde, visando à promoção de saúde em gestantes de baixo risco e crianças reconhecidamente sadias, ou seja, do grupo materno-infantil, posteriormente foi sendo estendida a outros grupos sociais, tais como, adultos e idosos. Os grupos sociais que apresentam patologias previamente diagnosticadas, tais como, tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão são inseridos na consulta de enfermagem através dos programas do Ministério da Saúde [1].

Nesse ínterim, ganha força a consulta ginecológica realizada pelo enfermeiro, que possui conhecimentos que valorizam as demandas culturais da mulher, a educação em saúde para o autocuidado e o perfil de multiplicador das ações em saúde [1].

A consulta de enfermagem ginecológica apresenta papel significativo na diminuição da morbimortalidade por câncer de colo de útero, haja vista a incidência de 19.260 mil (11%) casos novos em 2006, perdendo apenas para o câncer de mama feminino. A mortalidade por câncer de colo de útero permaneceu estável no período [2].

Assim, ela vem se consolidando como modalidade assistencial nas unidades básicas de saúde e nos ambulatórios gerais e especializados, constituindo um avanço importante no combate e na prevenção das neoplasias de útero.

Nesse sentido, a consulta de enfermagem ginecológica [3], enquanto modalidade assistencial, foi implantada na unidade básica de saúde em um município da baixada litorânea, no ano de 2005, tendo por base ações direcionadas aos aspectos preventivos relacionadas às neoplasias malignas, principalmente mama e útero. Sua atuação está intimamente ligada à educação em saúde das mulheres que buscam esse tipo de assistência.

Nessa unidade é realizado exame clínico ginecológico e coleta de material para exame citopatológico. São prestadas ainda orientações sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, trabalhando em conjunto com a equipe multiprofissional.

Com o início da realização da consulta de enfermagem em saúde da mulher pelo enfermeiro na unidade, tornou-se imprescindível conhecer o perfil sociodemográfico e os principais resultados do Papanicolau de uma amostra específica, para criar estratégias de qualificação do serviço, de acordo com as necessidades das mulheres.

As questões que nortearam este estudo foram: Que mulher foi assistida pelo enfermeiro no ano

de implantação da consulta de enfermagem ginecológica? Quais foram os principais resultados do Papanicolau encontrados no ano de 2005?

O detalhamento do perfil epidemiológico da mulher com vistas ao aprimoramento das ações assistenciais e preventivas da doença e também da identificação das causas do câncer cérvico-uterino é fator determinante para iniciarmos uma queda sensível, porém importante nos índices de morbimortalidade por neoplasias de colo de útero [4].

A inserção do profissional enfermeiro na equipe multiprofissional da unidade, realizando a consulta de enfermagem ginecológica, trouxe um avanço para a categoria, pois a ocupação do espaço determina um crescimento do profissional.

A atuação do enfermeiro nos programas de saúde, em especial no programa de saúde da mulher, é de suma importância, pois ele é um facilitador do acesso da cliente ao programa, bem como um articulador da equipe multiprofissional que detém em suas ações a resolubilidade das necessidades de saúde da mulher em seu processo de trabalho.

Ante o exposto, os objetivos deste estudo são: descrever o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que foram assistidas na consulta de enfermagem ginecológica em uma unidade básica de saúde no ano de 2005 e discutir esse perfil utilizando-se das bases da epidemiologia descritiva.

Material e método

Trata-se de estudo observacional, descritivo, com abordagem quantitativa.

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2006, em uma unidade básica de saúde da baixada litorânea de um Município do Estado do Rio de Janeiro. O perfil das mulheres atendidas na unidade foi levantado pela técnica de análise documental.

Esse levantamento foi possível através da análise das informações contidas no livro de registro de consulta de enfermagem ginecológica que é preenchido antes do início da consulta, do qual foram coletadas as variáveis: idade, estado civil e ocupação; e da análise do prontuário após a consulta, com os respectivos resultados do exame de Papanicolau.

A entrada no campo foi autorizada pelos responsáveis do Programa de Saúde da Mulher e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde [5].

A população atendida nessa unidade de saúde é composta por mulheres que residem nas áreas rurais do município. A amostra foi composta por cem (100) mulheres cadastradas e assistidas no ano de 2005 pelo Programa de Saúde da Mulher e prevenção do câncer cervico-uterino, atendidas na consulta de enfermagem ginecológica. O prontuário das mulheres foi selecionado aleatoriamente, para evitar a interferência dos pesquisadores.

O perfil epidemiológico das mulheres foi construído a partir das variáveis: faixa etária, estado civil e família, ocupação e resultados dos exames de Papanicolau. A tabulação dos dados aconteceu com a utilização do programa Excel 2003. Para a apresentação dos dados, utilizou-se a análise estatística, com números absolutos dispostos em gráficos para a interpretação de cada variável levantada.

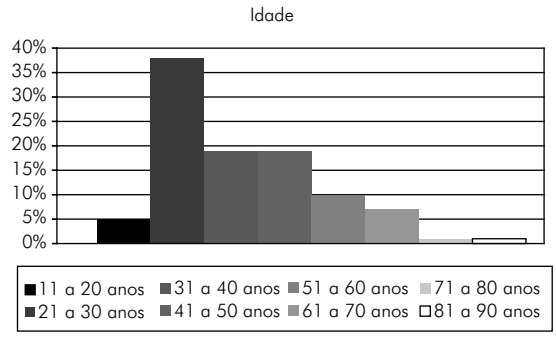
Resultados e discussão

Perfil sociodemográfico das mulheres assistidas

A variável idade está intimamente ligada à incidência de doenças e aos danos à saúde. A observação da distribuição etária da incidência de um agravo à saúde é muito valiosa para o levantamento de hipóteses sobre o aparecimento de doenças e nos fornece subsídios para orientar a elaboração de cuidados pertinentes ao agravo [6].

A faixa etária das mulheres estudadas variou de 11 a 90 anos, mostrando uma larga faixa de idade. A maior concentração foi na faixa dos 21 a 30 anos (38%), seguidos dos 31 a 40 e dos 41 a 50 anos (19%), conforme observado na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição das mulheres assistidas na consulta de enfermagem ginecológica em unidade básica de saúde no ano de 2005, segundo faixa etária.



Fonte: Unidade básica de saúde baixada litorânea.

O conjunto de mulheres que realizaram o exame Papanicolau quando estratificadas por faixa etária, apresentaram-se crescentes até 21-30 anos (38%) e a partir daí com valores decrescentes até 81 anos ou mais.

O Ministério da Saúde, na década de 90, ampliou a faixa etária de mulheres com maior exposição ao contágio, que antes era de 35 a 49 anos e passou para a faixa dos 25 a 59 anos, objetivando o planejamento de ações para cobertura de mulheres dentro desta faixa etária [7].

Esses resultados evidenciam que a procura pelo exame de Papanicolau observada neste estudo confere com a tendência verificada na literatura. De acordo com um estudo realizado com 54 mulheres que buscaram o exame Papanicolau [8], a idade das mulheres variou de 17 a 36 anos; acima desta faixa etária, a procura pelo exame se reduziu à metade.

Observou-se, ainda, que a maior incidência das lesões precursoras do câncer de colo de útero ocorreu dos 20 aos 39 anos, coincidindo com o período de vida fértil da mulher que, segundo o Ministério da Saúde [9], se inicia aos 10 anos e se estende até aproximadamente 49 anos. Notou-se que, acima da faixa etária reprodutiva, há menor procura das mulheres pelos serviços de saúde.

Observou-se também um quantitativo de 19 mulheres (19%) fora da idade fértil que procuraram o serviço de enfermagem para a realização de preventivo ginecológico, um fato muito positivo, por tratar-se de uma região rural e com maior número de idosas.

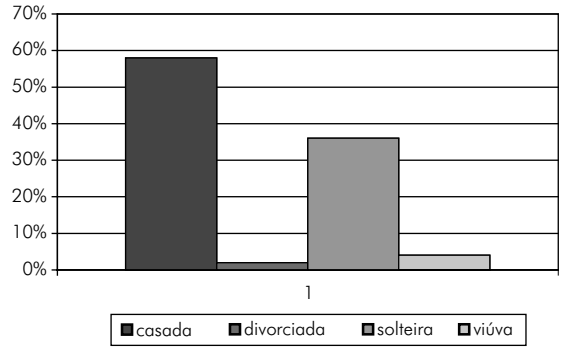
Sousa *et al* [10] destacam que a procura do serviço de saúde por idosas vem aumentando gradativamente, em virtude do envelhecimento da população brasileira, do aumento de idosos por unidades domiciliares e devido às necessidades específicas desse grupo social.

Esse dado anuncia um período de mudanças ou de transformação da população feminina idosa, que busca a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e não somente o tratamento de patologias já instaladas.

Na consulta de enfermagem, o enfermeiro tem fundamental importância para as orientações para o autocuidado da mulher em idade fértil, especialmente da mulher idosa. Com a demanda espontânea de mulheres pertencentes à terceira idade que procuram pela consulta de enfermagem ginecológica, alteram-se os sujeitos e, conseqüentemente, altera-se o cenário que necessita adequar-se para atender esse grupo, de acordo com suas características específicas.

Quanto ao estado civil, observou-se um percentual de 58% de mulheres casadas (58 mulheres), 36% eram solteiras (36 mulheres), 4% viúvas (4 mulheres) e 2% divorciadas (2 mulheres), conforme mostra a Figura 2. Numa análise geral, somando-se os percentuais de mulheres solteiras, viúvas e divorciadas, nota-se um total de 42% de mulheres sem cônjuge.

Figura 2 - Distribuição das mulheres assistidas na consulta de enfermagem ginecológica em unidade básica de saúde no ano de 2005, segundo estado civil.



Fonte: Unidade básica de saúde baixada litorânea

Alguns autores [6,11-13] referem que o estado civil está associado à saúde das pessoas e das populações. No entanto, no Brasil, este dado não foi confirmado, em virtude da escassez de pesquisas sobre a temática.

Segundo a literatura, a família confere certa proteção e segurança à mulher, favoráveis que refletem diretamente no nível de saúde da mesma. A vida a dois costuma trazer mudanças positivas no comportamento de saúde e sexual do casal. Em geral, alteram-se os riscos venéreos e a gravidez pode ser mais bem planejada; são conferidas estabilidade, qualidade de vida e proteção mútua, possibilitando ao casal lidar com os problemas da vida moderna, de maneira menos traumática [6].

Outra vertente ligada à união estável e que pode trazer aspectos desfavoráveis à saúde da mulher é que, após o casamento, a mulher passa a ter vida sedentária, o que a predispõe a doenças crônico-degenerativas [6]; em geral, sentem-se menos vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e ao Vírus do Papiloma Humano (HPV), agente infeccioso mais importante no desenvolvimento de câncer do colo de útero, visto que o uso

de preservativo (feminino ou masculino) entre os casais não é prática comum, por acreditarem que têm um parceiro fiel e confiável, o que nem sempre é fidedigno [14].

A recente preocupação das autoridades sanitárias com a feminização da Aids no Brasil, com as mulheres em idade fértil, donas de casa, mães de família e em união estável, vem reafirmar a vulnerabilidade dessas mulheres e a predisposição às DST's [15].

Em relação à AIDS, o quadro epidemiológico fica mais complexo a partir da década de 80, quando ocorre a primeira notificação da doença em uma mulher e, desde então, esse quadro vem aumentando de modo acelerado. A transmissão heterossexual por contato sexual foi a mais provável, ocorrendo em mais de 80% dos casos. Parte expressiva das mulheres tem parceiros fixos e únicos, os quais teriam multiparceria ou seriam toxicômanos e/ou soropositivos [14].

A grande vulnerabilidade feminina ao HPV e às DST's ligada ao estado civil, à família e a conseqüente desvantagem na adoção de práticas preventivas, estaria baseada na assimetria de poder nas relações de gênero, em especial no contato sexual [14].

Nesse sentido, durante a consulta ginecológica, a enfermeira deve traçar estratégias na orientação dessa mulher, desmistificando equívocos em relação ao estado conjugal, evitando a elevação das taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao estado civil.

Visto isso, destaca-se que, mesmo que 58% das mulheres deste estudo estejam em união consensual estável, elas têm procurado o serviço de saúde primário em busca de manter a saúde.

Em relação às mulheres solteiras ou sem cônjuge (42%), observou-se que elas têm desenvolvido a capacidade de adaptação à condição de tornarem-se independentes, assumindo responsabilidades de vida sem a figura do cônjuge, embora alguns autores afirmem que a presença do cônjuge pode ser muito valiosa para a segurança e estabilidade da mulher [6,10].

As diferenças do perfil de morbidade e mortalidade relacionadas ao estado civil apresentam duas vertentes: uma conferida pela família, que representa um forte fator de proteção e propicia bem-estar, não só para a mulher, mas para todos os seus membros; outra conferida pela seleção para a união estável. Nesse último, as mulheres sadias tendem a manter uma união conjugal, enquanto as afetadas por patologias físicas ou mentais têm maior dificuldade em manter um companheiro e constituir família [6]. Há, portanto, um viés de seleção para a união estável, diretamente relacionada com a saúde da mulher.

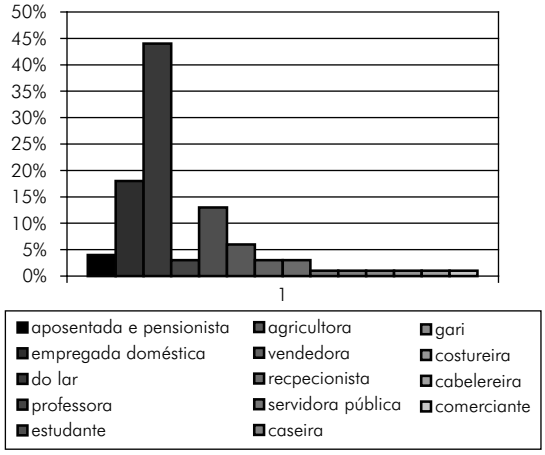
A saúde da mulher também pode estar relacionada com o tipo de ocupação que ela exerce, pois o ambiente e as condições de trabalho podem deixá-la exposta a riscos durante boa parte de sua vida.

Entende-se por ocupação, o cargo, função, profissão ou ofício rotineiramente exercido [6].

Analisando a Figura 3, constatamos que 44% das mulheres estudadas tinham ocupação exclusiva do lar (vida privada), 18% eram empregadas domésticas, 13% estudantes, 6% agricultoras, 4% aposentadas e pensionistas, 3% professoras, vendedoras ou recepcionistas e 1% servidoras públicas, caseiras, garis, costureiras, cabeleireiras ou comerciante.

Em uma análise geral, observa-se que 52% das mulheres estão no mercado de trabalho, desconsiderando os 4% de aposentadas e pensionistas que estão fora do mercado de trabalho.

Figura 3 - Distribuição das mulheres assistidas na consulta de enfermagem ginecológica em unidade básica de saúde no ano de 2005, segundo ocupação.



Fonte: Unidade básica de saúde baixada litorânea

O câncer relacionado ao trabalho é definido como aquele causado pela exposição durante o trabalho a agentes cancerígenos presentes no ambiente de trabalho. Os fatores de risco para esta patologia podem ser externos (ambientais) ou internos (hereditários), estando inter-relacionados e associados. Interagem de várias maneiras para dar início às alterações celulares, sendo que, de 2% a 4% de todos os casos de câncer podem estar associados à vida pública da mulher [2].

Estudos demonstraram que na década de 70, menos de 20% das mulheres brasileiras trabalhavam fora de casa. Atualmente são 48% que, em geral são mais velhas, casadas e mães. Na década de 80, apenas 20% eram esposas; atualmente são 50% [2].

A inserção da mulher no mercado de trabalho trouxe novos problemas para a classe. Elas mudaram o estilo de vida, ficando expostas a fatores de risco extrínsecos, tais como, exposição ocupacional, poluição ambiental, uso do tabaco, álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, entre outros [2].

A atividade física regular, por exemplo, tem papel protetor em relação ao câncer de mama e endométrio. Ela reduz o risco da mulher desenvolver câncer em 20% a 40%, devido à diminuição dos níveis dos hormônios femininos. Além disso, influencia diretamente no peso corporal da mulher. O excesso de peso (sobrepeso e/ou obesidade) está associado ao risco aumentado de desenvolver câncer de mama e endométrio na pós-menopausa [2].

A entrada das mulheres no mercado de trabalho não as desobrigou dos cuidados com a casa, o cônjuge e os filhos, o que acaba resultando em sobrecarga de tarefas e, conseqüentemente, efeitos negativos sobre sua saúde [14].

A maioria dos companheiros não auxilia a mulher nas tarefas do lar que exigem, em média, 30 horas semanais. Quando essas mulheres trabalham fora de casa, soma-se essa carga horária à jornada de 44 horas de trabalho, perfazendo um total de quase 75 horas semanais. Esta situação culmina em conflitos morais, transtornos na vida sexual do casal, desentendimentos com familiares e sentimentos de culpa, afetando diretamente a saúde física e mental da mulher [16].

Os critérios de avaliação dos agravos da dupla jornada de trabalho à saúde da mulher, ainda não contemplam as especificidades do trabalho feminino, ou seja, os instrumentos teóricos e metodológicos utilizados para este fim ainda são os mesmos utilizados para a população masculina que apresenta características de trabalho diferenciadas ao das mulheres. As informações específicas voltadas para avaliar o conjunto de trabalhadoras ainda são insuficientes. Ainda assim, sem um refinamento adequado, estes estudos epidemiológicos apontam para estresse, problemas mentais, osteomusculares e fadiga [14].

Outro fator de risco muito importante e pouco divulgado para o carcinoma de colo de útero é a relação deste com a ocupação do companheiro. Segundo a classificação social inglesa, que distribui as ocupações em cinco níveis - profissionais liberais (classe I), de nível médio (classe II), trabalhador qualificado (classe III), semiqualificado (classe IV) e não-qualificado (classe V)-, a mortalidade para esse tipo de câncer, por exemplo, é de 25% para companheiros que tenham por ocupação ser motorista trabalhando no meio rural (trabalhador semiqualificado) e de 263% para companheiros que são marinheiros, também trabalhador semiqualificado [6]. Esta relação é inversamente proporcional, ou seja, quanto maior o nível social do trabalhador (nível cinco), menor é a exposição da mulher ao carcinoma de colo uterino.

Com a sobrecarga de trabalho, a mulher tem pouco tempo para cuidar da sua saúde individual, procurando o serviço de saúde somente após o aparecimento de agravos já instalados. Nessas condições, o trabalho apresenta-se como fator contributivo, provocador ou agravador de patologias preexistentes, principalmente se a mulher tem forte tendência hereditária para o câncer de útero, se está exposta a outros fatores de risco e se não procura rotineiramente o serviço básico de saúde para a realização do preventivo ginecológico.

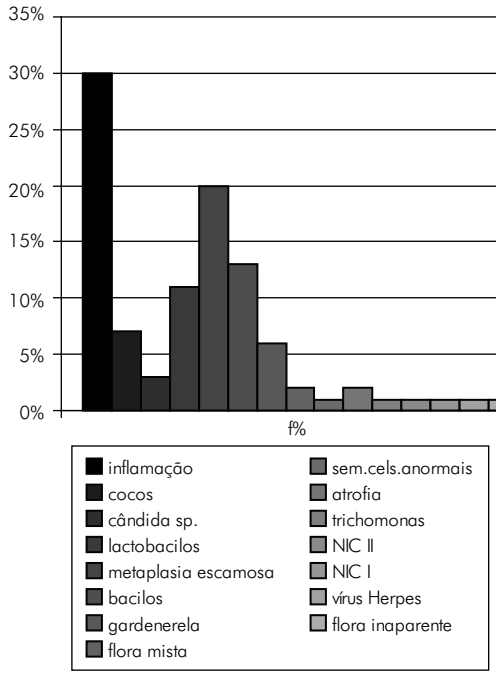
Perfil clínico de acordo com o resultado do Exame Papanicolau

Nessa categoria, analisa-se os principais resultados do exame de Papanicolau (Exame Preventivo de Câncer do Colo Uterino) e como estes podem influenciar a saúde ginecológica da mulher.

A Figura 4 apresenta a distribuição dos resultados dos exames de Papanicolau das mulheres deste estudo. Observa-se que 29% (29) das mulheres são portadoras de inflamação uterina, 19% (19) têm metaplasia escamosa, 12% (12) algum tipo de bacilo, 11% (11) lactobacilos, 7% (07) cocos, 6% (06) gardenerela, além de outros agentes como cândida sp., flora mista e atrofia, células anormais, trichomonas, neoplasia intra-epitelial cervical grau I (NIC I) e grau II (NIC II), Herpes vírus e flora inaparente.

Somente 03 (3%) mulheres não apresentaram resultado positivo para qualquer tipo de microorganismo.

Figura 4 - Distribuição dos resultados dos Exames Papanicolau das mulheres assistidas na consulta de enfermagem ginecológica em unidade básica de saúde no ano de 2005.



Fonte: Unidade básica de saúde baixada litorânea

A inflamação foi elemento de maior incidência (29%) entre as mulheres deste estudo. Este percentual é preocupante, visto que a inflamação do colo uterino está entre as principais causas de câncer uterino.

Alguns vírus, bactérias e parasitas associados a infecções crônicas estão intimamente ligados no processo de desenvolvimento do câncer. Uma inflamação crônica causada por agente infeccioso pode alterar o comportamento das células infectadas, comprometendo o sistema imune e aumentando o risco de câncer [2].

Segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC), o principal agente envolvido no carcinoma cervical é o Papilomavírus Humano (HPV). É um vírus sexualmente transmissível, associado a diversos tipos de câncer. Os tipos mais freqüentes são o HPV 16 e 18, relacionados com 70% dos casos de cânceres. O HPV é considerado o agente infeccioso mais importante no desenvolvimento do câncer, sendo atribuído a ele 100% dos casos de câncer do colo do útero e 5,2% dos casos de câncer no mundo, para ambos os sexos, dentre os quais se destacam os cânceres anogenitais, vaginais, vulvares, penianos, anais, de boca e orofaringe [2].

Outro dado relevante foi o aparecimento de atipias celulares escamosas (metaplasia escamosa), em 19% das mulheres estudadas e da fase pré-invasora, NIC I e NIC II, cada um em 1% das mulheres.

As atipias celulares são células atípicas, de significado indeterminado, podendo ser escamosas ou glandulares. As escamosas, possivelmente não são neoplásicas. Entretanto, quando encontradas, não se descarta a lesão intra-epitelial de alto grau (NIC III) [2].

Já o NIC I é uma anormalidade do epitélio escamoso cervical em terço proximal da membrana e o NIC II compromete até dois terços da espessura do epitélio. Embora consideradas neoplásicas, NIC I e NIC II são lesões reversíveis se identificadas e tratadas precocemente [2].

Considerando o total de casos de inflamação, de atipias celulares escamosas, NIC I e NIC II, teremos um total de 50% de mulheres que apresentaram elementos significativos e merecedores de atenção por parte das autoridades e dos profissionais de saúde da unidade estudada. Mesmo não tendo se considerado os demais resultados (47%) não menos importantes, é evidente a necessidade de se implementar medidas sanitárias de prevenção para infecções uterinas.

Nesse aspecto, o enfermeiro contribui promovendo o controle dos fatores de risco do câncer do colo do útero e das doenças sexualmente transmissíveis, organizando ações para aumentar o número de mulheres que se submetem ao Papanicolau, rastreando mulheres com Papanicolau alterado e orientando para o autocuidado eficaz para a prevenção do câncer.

Os resultados deste estudo mostram o quão importante é a educação em saúde praticada na consulta de enfermagem ginecológica, bem como a participação do enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar para discutir as medidas de promoção da saúde e de prevenção do carcinoma uterino, tanto no nível individual quanto no coletivo.

Considerando que a prevenção é a antecipação ao acontecimento, impedindo que um fato ocorra ou mesmo que tenha continuidade, as atitudes e ações preventivas ao câncer cérvico-uterino devem ser abrangentes, a fim de evitar o início do processo de cancerização ou mesmo a interrupção da evolução de uma lesão pré-maligna, para maligna. Para tanto, durante a consulta de enfermagem ginecológica, o enfermeiro utilizará recursos diagnósticos disponíveis para prevenir os fatores de risco para o câncer de colo de útero.

Conclusão

A análise do perfil sociodemográfico das mulheres assistidas por enfermeiros na consulta de ginecologia permitiu concluir que a faixa etária de maior adesão ao programa é a de 21 até 30 anos, com percentual significativo de mulheres idosas; houve predomínio de mulheres casadas, emparelhando com o número de mulheres sem cônjuge referido; as mulheres atendidas estão no mercado de trabalho, seguidas das profissionais do lar.

Os principais resultados do perfil clínico apontam para inflamação e metaplasia escamosa. Foi detectado um percentual elevado de mulheres portadoras de algum tipo de agente infeccioso.

Durante a consulta de enfermagem essas mulheres recebem orientações diversas, principalmente quanto às questões relativas à sexualidade feminina e masculina.

As ações são direcionadas para as mulheres com doenças sexualmente transmissíveis, no climatério e menopausa, portadoras de agravos ginecológicos com fatores de risco para o câncer de mama e de útero, detecção de vaginoses, com início do tratamento ou encaminhamento a serviços especializados.

O planejamento e a implementação da consulta de enfermagem ginecológica na unidade básica de saúde apontam a prevenção e o diagnóstico precoce como benefício social e econômico para o município.

Como proposta, destaca-se a realização de outros levantamentos nos anos subseqüentes à implantação da consulta de enfermagem ginecológica, comparando os dados anteriores aos atuais, com o objetivo de direcionar a assistência prestada às reais demandas das mulheres da baixada litorânea.

Referências

1. Caixeiro SMO. O valor da consulta de enfermagem, como etapa do processo de assistência, à saúde da comunidade para o enfermeiro. Enfermagem Brasil 2006;5(4): 200-6.
2. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-aprendizagem. Instituto Nacional de Câncer. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 628p.
3. Freitas SLF, Arantes SL, Barros SMO. Atuação da enfermeira obstetra na comunidade Anhanguera, Campo Grande (MS), na prevenção do câncer cérvico-uterino. Rev Latinoam Enfermagem 1998;6(2):57-64.
4. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
6. Pereira MG. Epidemiologia. Teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
7. Ministério da Saúde. Controle do câncer do colo uterino: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. Acta Sci, Health Sci 2004;26(2):319-24.
9. Ministério da Saúde. Idade de vida fértil. [citado 2009 Jul 10]. Disponível em URL: http://www.portal.saude.gov.br/.
10. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008;12(4): 706-16.
11. Berkson J. Mortality and marital status: reflections on the derivation of etiology from statistics. Am J Public Health Nations Health 1962;52:1318-29.
12. Bowling A. Mortality and bereavement: a review of the literature on survival periods and factors affecting survival. Soc Sci Med 1987;24(2):117-24.
13. Goodwin JS, Hant WC, Key CR, Samet JM. The effect of marital status on stage treatment and survival of cancer patients. JAMA 1987;258:3125-30.
14. Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. Revista Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira [online]. [citado 2009 Jul 10]. Disponível em URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23(3)079.pdf
15. Vieira BDG, Mota CP, Caixeiro SMO, Alves VH. Refletindo sob à luz da enfermagem: a feminização da Aids no campo de trabalho. Anais do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Salvador; 2006.
16. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Artigo original

Idoso e os cuidados perioperatórios

Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, M.Sc., José Manuel Mayán Santos**, Manuel Gangoy Crego***, Montserrat Fernández Prieto, D.Sc.*****

**Enfermeira, Doutoranda em Gerontologia, Escuela Universitária de Enfermería da Universidade de Santiago de Compostela – USC, **Catedrático Escuela Universitária de Enfermería da Universidade de Santiago de Compostela – USC, ***Diretor do Programa Oficial de Pós-Graduação em Gerontologia da Escuela Universitária de Enfermería Universidade de Santiago de Compostela – USC, ****Psicologa da Escuela Universitária de Enfermería Universidade de Santiago de Compostela – USC*

Resumo

Este estudo descritivo, transversal, objectivou realizar uma análise e apresentar uma caracterização do idoso no período perioperatório, quanto ao diagnóstico de internação; patologias associadas; conhecimento e compreensão dos problemas de saúde; estado sensorial; estado emocional; cirurgia realizada, tipo de anestesia e intercorrências. A colheita dos dados foi realizada no período de junho de 2007 a janeiro de 2008.

Palavras-chave: enfermagem, idoso, envelhecimento, cirurgia, assistência perioperatória.

Abstract

Elderly and perioperative care

The purpose of this descriptive transversal study is to carry out an analysis and to characterize the elder during perioperative period concerning admission diagnosis; associated pathologies; knowledge and understanding of health problems; sensory state; emotional state; performed surgery, anesthesia type and intercurrence. Data were collected from June 2007 to January 2008.

Key-words: nursing, aged, aging, surgery, perioperative care.

Resumen

Persona mayor y cuidados perioperatorios

Este estudio descriptivo transversal tiene como objetivo realizar un análisis y presentar una caracterización de la persona mayor en el periodo perioperatorio, diagnosis de internación; patologías asociadas; conocimiento y comprensión de los problemas de salud; estado sensorial; estado emocional; cirugía realizada, tipo de anestesia y intercurrencia. Los datos fueron recogidos en el periodo de Junio de 2007 a Enero de 2008.

Palabras-clave: enfermería, anciano, envejecimiento, cirugía, atención perioperativa.

Artigo recebido em 21 de setembro de 2009; aceito em 5 de novembro de 2009.
Endereço para correspondência: Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, Rua do Cedro, 300/AF Mozelos 4535-198 Santa Maria da Feira, Portugal, E-mail: meivesalmeida@gmail.com

Introdução

Enfermagem perioperatória é o termo usado para descrever a ampla variedade de funções de enfermagem associadas à experiência cirúrgica do paciente. A palavra *perioperatória* é um termo abrangente, que incorpora as três fases da experiência cirúrgica: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, cada qual dessas fases inicia-se e termina em determinado momento na sequência de eventos que constituem a experiência cirúrgica [1,2].

Esses eventos caracterizam-se por ser um processamento executado numa fase muito específica da atenção ao doente, frente ao procedimento anestésico-cirúrgico. Os cuidados são voltados à satisfação das necessidades do indivíduo, no período perioperatório, que vem necessitando de uma abordagem reflexiva quanto ao seu processo atual [3,4], principalmente quando se trata do paciente idoso.

À medida que a esperança media de vida aumenta, o tratamento de doenças em paciente idoso também vão se tornando mais frequentes. Ao passar dos anos o ser humano torna-se mais vulnerável às agressões do meio interno e externo. As mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento do processo de envelhecimento são sentidas de forma particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história precedente, da saúde física, do bem-estar socioeconômico e da vivência atual das modificações, perdas e medos [4].

O grupo etário dos idosos é presumivelmente o mais heterogêneo de todos os grupos populacionais, quer pelo vasto leque de idades das pessoas que dele fazem parte, quer pela diversidade de situações de saúde e doença, que pode variar desde ausência de doença aparente e com autonomia completa até doença crônica e avançada com dependência total de uma assistência [4-6].

Em nossos dias um dos maiores problemas que se vêem é, certamente, as cirurgias envolvendo pacientes idosos. Tal situação tem um aspecto evidente pelo aumento da população idosa que, atingindo, em número cada vez maior, idades avançadas, tem maior comprometimento funcional em seus órgãos vitais; chegam às salas de cirurgia cada vez mais idosos e cada vez mais comprometidos [7,8].

Mas também temos outros aspectos, os relevantes progressos da tecnologia científica e da bioengenharia médica que vem permitindo melhores controles orgânicos, tornando praticáveis procedimentos que, até há alguns anos, eram impossíveis em pacientes mais idosos [7].

As alterações fisiológicas do envelhecimento podem propiciar maior risco de complicações perioperatórias. Por exemplo, a diminuição funcional dos rins e fígado facilita as intoxicações medicamentosas, a diminuição da reserva cardíaca pode facilitar a presença de hipotensão, a diminuição da capacidade vital forçada relaciona-se diretamente à capacidade de tosse, entre outros [9,10]. Por outro lado, deve-se considerar que as alterações fisiológicas do envelhecimento se dão, principalmente, à custa das reservas orgânicas. Assim, as alterações podem ser imperceptíveis, a não ser em situações de estresse. Uma adequada avaliação pré-operatória é, com certeza, a necessidade inicial do preparo perioperatório do paciente idoso. É evidente que a avaliação deverá levar em conta a perspectiva do risco cirúrgico de cada procedimento [11-13].

A perspectiva da cirurgia e da anestesia representa uma mudança na rotina de vida que, associada às características individuais de cada pessoa pode desencadear alterações emocionais. Em pacientes no pré-operatório, o ideal seria que eles não tivessem maiores preocupações do que aquelas originadas de sua própria doença. No entanto, antecipação da dor, separação da família, perda da independência e medo de se tornar incapacitado, do procedimento cirúrgico e da morte são fatores que com frequência desencadeiam sintomas de ansiedade e stress nesse período [14,15].

A avaliação cuidadosa na triagem de pacientes, o tratamento correcto das doenças concomitantes e os adequados cuidados perioperatório, são essenciais para que se tenha bons resultados em pacientes idosos [16].

A intervenção cirúrgica pode ser uma experiência emocionalmente difícil para o ser humano, principalmente se idoso. Pois como já referimos este paciente tem características fisiológicas próprias, necessidades de cuidados especiais, mesmo quando a cirurgia transcorre em perfeita normalidade, pois a ansiedade e o estresse cirúrgico é muito grande e o idoso tem reservas funcionais diminuídas.

O objetivo deste artigo é apresentar a caracterização do paciente idoso submetido a um procedimento cirúrgico.

Material e método

Tratou-se de um estudo, descritivo, transversal, realizado no Hospital de São Sebastião de Santa

Maria da Feira (Aveiro/Portugal), após os trâmites e aprovação do projecto pela comissão de ética da instituição, no período de junho de 2007 a janeiro de 2008.

Amostra

Foram incluídos no estudo 20 pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos internados nas enfermarias de urologia, cirurgia geral, ortopedia e ginecologia, que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos de médio ou grande porte. Além das características citadas acima, foram selecionados, idosos conscientes no tempo e no espaço, com acuidade auditiva presente e com condições de manter uma entrevista.

Instrumento utilizado

Após o pré-teste, os questionários foram aplicados no período pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, compostos pelos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional); conhecimento e compreensão do problema de saúde; estado sensorial, emocional e intercorrências ocorridos durante o período intra e pós-operatório. Os instrumentos foram preenchidos pela própria autora, devido ao fato de muitos idosos apresentarem acuidade visual diminuída e previsivelmente manifestarem dificuldades para ler e escrever.

Tratamento estatístico

Foram realizados através do software estatístico SPSS versão 15.0.

Resultados e discussão

Perfil do idoso

O estudo foi composto por 20 idosos, sendo 55% do sexo masculino, com idade variando entre os 65 a 80 anos (média de 70,90 ± 4,315 anos). Em relação ao estado civil, verifica-se que a condição de casado foi mais frequente 55%. Cerca de 40% dos idosos possuem a quarta classe do ensino básico e 30% são analfabetos. No que diz respeito ao ofício desempenhado pela população idosa, verificamos que 25% trabalharam na lavoura e 20% trabalharam como corticeiro (industria de rolha). Atualmente a totalidade dos idosos encontram-se aposentados.

Na maioria dos estudos encontrados na literatura é possível assinalar que a proporção de idosos do sexo feminino é superior ao do masculino. Esses resultados são esperados devido às maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens e à maior longevidade feminina, que torna a diferença nas proporções de homens e mulheres, portanto, mais expressiva entre os idosos de idades mais avançadas [17].

Por outro lado, as mulheres se preocupam muito mais com a saúde e quando sentem que algo não vai bem, procuram logo assistência médica, não acontecendo o mesmo com os homens. Não obstante, à medida que envelhecem, as pessoas podem prever que terão problemas de saúde mais persistentes e potencialmente incapacitadores [5,6].

A escolaridade da população idosa é muito baixa e declina ainda mais com o aumento da idade. A situação é bem desfavorável às mulheres. Esse diferencial por sexo reflete as menores oportunidades de acesso à escola sofrida pelas mulheres no passado. Os idosos nos dias de hoje têm melhor nível de instrução do que seus antecessores, e essa tendência irá continuar à medida que as gerações mais jovens envelhecem. Além disso, um número cada vez maior de adultos mais velhos está optando por continuar seus estudos [5].

Diagnósticos e patologias associadas

Nesta pesquisa, conferimos que 50% dos idosos apresentavam coxoartrose e 20% gonoartrose, como diagnóstico de internação (Tabela I). Sendo comum a 85% dos idosos outras patologias associadas, observando-se uma média de 2,88 ± 1,364 patologias por idosos. A doença de maior prevalência foi a hipertensão arterial em 60% dos casos.

Os idosos têm maior probabilidade de apresentar doenças crônicas, próprias do envelhecimento populacional, como as doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão, diabetes e doenças reumáticas. Entre estas, algumas são muito mediáticas por serem cada vez mais responsáveis por mortalidade, mas outras, como as doenças reumáticas, deverão ser igualmente consideradas. Na verdade, se não condicionam a morte, são responsáveis por grande sofrimento e incapacidade. Doença reumática é uma designação genérica que abrange o conjunto das doenças que afetam o aparelho locomotor. Entre estas, a mais comum é a artrose, afetando cerca de 20% da população (cerca de 2 milhões de pessoas em Portugal) [18].

Tabela I - Diagnósticos e patologias associadas (Portugal, 2008).

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Diagnóstico		
Coxoartrose	11	50
Gonoartrose	4	20
Hipertiroidismo	1	5
Artrose	1	5
Neoplasia de Esófago	1	5
Prolapso das paredes vaginais (Retocele)	1	5
Prótese total de joelho deslocada	1	5
Tumor maligno do rim direito	1	5
Patologias Associadas		
Sim	17	85
Não	3	15
Patologias		
Hipertensão Arterial	12	60
Dislipidemia	5	25
Obesidade	5	25
Patologia Ósteoarticular	5	25
Diabetes Melittus	4	20
Osteoporose	4	20
Insuficiência Venosa Periférica	3	15
Síndrome Ansiosa	3	15
Depressão	2	10
Varizes de Membros Inferiores	2	10
Artrite Reumatóide	1	5
Esofagite de Refluxo	1	5
Hérnia de Disco Lombar	1	5
Prostata Aumentada	1	5
Média de patologias por idoso		
Mínimo	1	
Máximo	6	
Média	2,88	
Desvio Padrão	1,364	

A coxartrose (artrose do quadril) pode ser secundária a uma malformação congênita do quadril ou a uma artrite. É uma patologia crônica degenerativa não inflamatória da articulação do quadril que normalmente aparece em pessoas de meia-idade ou em idosos. Ela é caracterizada por distúrbios do crescimento ou da maturação na cabeça e colo do fêmur, assim como displasia do acetábulo. Um sintoma dominante é a dor pela sobrecarga de peso ou movimentação. O quadro clínico apresenta dor no quadril de característica insidiosa e progressiva que pode irradiar para virilha, nádega, coxa e face medial do joelho, marcha claudicante, limitação de movimentos (flexão, abdução, rotação interna e externa), contraturas musculares e sinais de insuficiência de abdutores. O diagnóstico pode ser feito com exame radiográfico simples [18,19].

A osteoartrose de joelho também chamada de gonartrose, igualmente é uma doença de caráter inflamatório e degenerativo, que acarreta a destruição da cartilagem articular e leva a uma deformidade da articulação. A etiologia da degeneração é complexa e inicia-se com o envelhecimento. A doença é de carácter crônico, de evolução lenta e sem comprometimento sistêmico de outros órgãos, afetando as articulações periféricas e axiais, mais frequentemente as que suportam peso. Na grande maioria dos indivíduos se desenvolve de maneira silenciosa, a ocorrência desta patologia aumenta com a idade. O paciente apresenta dor relacionada a exercício físico, dor ao repouso, dor noturna, rigidez após inatividade, perda de movimento, sensação de insegurança ou de instabilidade, limitação funcional, incapacidade. É importante ressaltar que a osteoartrose é a doença reumática mais comum entre os idosos e quando não tratada adequadamente pode levar a incapacidade física, quedas e imobilização devido às dores e perda da força muscular, tornando-se assim um grande problema de saúde pública [20]. O tratamento inicia-se com repouso relativo na fase dolorosa, fisioterapia, medicamentos, uso de orteses para descarga de peso e exercícios orientados, importantes para manter mobilidade articular e evitar a rápida instalação da artrose, o tratamento cirúrgico também é muito utilizado [9,12,20].

Já em relação a pressão arterial alta, vários estudos longitudinais e transversais confirmam que, mesmo nos idosos, a hipertensão sistólica, por si ou combinada com a pressão diastólica elevada, continua sendo um importante factor de risco da mortalidade e morbidade cardiovasculares. Com o envelhecimento da população, torna-se de grande importância o diagnóstico e tratamento adequado. Estudos demonstram que nove em cada 10 indivíduos a partir de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública [9,12].

Em relação as patologias associadas, a literatura nos evidência em diferentes estudos que os idosos podem apresentar três ou mais patologias [2,3,9].

Conhecimento e compreensão do problema de saúde

Quanto ao conhecimento e compreensão do problema de saúde, foi possível constatar que 85% dos idosos não conheciam o cirurgião, enquanto que a totalidade da amostra também não conhecia

o anestesista. Ao considerar-se o fornecimento de informações a cerca da intervenção cirúrgica, verifica-se que 70% dos idosos receberam tais informações. No caso das cirurgias ortopédicas, essas informações foram proporcionadas no pré-operatório em uma reunião realizada no hospital ao grupo de paciente a ser submetidos ao procedimento ortopédico, sendo que em 70% dos casos os informes foram fornecidos pelos médicos. No que se refere ao tipo de informações, 55% dos idosos relataram que foram orientados quanto ao procedimento cirúrgico. Ainda conferimos que 70% foram informados sobre o tipo de anestesia pelo médico durante a consulta anestésica, desses 25% citaram que o médico referiu que anestesia ia ser uma injeção nas costas e 15% indicaram que o médico só fez perguntas durante a consulta. Em relação a experiência prévia de anestesia, 85% já tinham passado por esta prática, sendo que 60% foram submetidos à anestesia geral. Quando os pacientes idosos foram questionados quanto ao tipo de recordação que tinha da experiência anestésica anterior, 40% afirmaram ter boa recordação e 35% recordaram de emese. Também ainda analisamos que 85% da amostra já passou por algum tipo de cirurgia, 30% já efetuaram artroplastia do joelho e 20% cirurgia da catarata e da coluna, respectivamente. A média de cirurgia por idoso encontrada nesse estudo foi de 1,90 ± 1,294.

No momento em que questionamos se havia algo que o preocupasse especialmente naquele momento, 55% responderam que sim. Sendo o medo e a própria cirurgia as mais citadas com 15% cada.

Quando investigamos o estado sensorial, apuramos que 70% apresentam a acuidade auditiva preservada, já a acuidade visual encontramos 70% com a visão diminuída, sendo que a maioria faz uso de óculos para ler de perto. Apenas foi efectuada uma pergunta e não foi realizado um exame auditivo e nem visual.

Ao inquirirmos sobre o estado emocional do idoso, 80% responderam que estavam ansiosos, a seguir temos 40% que mencionaram estar tensos e 30% aludiram estar tristes. Constatou-se também que 70% dos idosos apresentavam a comunicação preservada e 30% manifestaram uma comunicação verborreica.

Quanto mais vive um idoso, maior é a probabilidade do mesmo ser submetido a um tratamento cirúrgico. A intervenção cirúrgica pode ser uma experiência emocionalmente difícil para o ser humano, mesmo para aqueles que já passaram por este evento. Santos e Caberlon [21] afirmam que a preocupação maior envolvendo o paciente cirúrgico decorre da falta de informações, pela equipe de saúde, englobando aspectos intrínsecos ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido.

Considerando o cuidado no âmbito da enfermagem perioperatória, a orientação caracteriza-se como uma atividade indispensável para assegurar o bem-estar e a adaptação do paciente à sua condição de saúde, que pode ser temporária ou permanente, representada pelas limitações que o procedimento cirúrgico pode gerar [22]. Essas orientações devem ser realizadas pela equipe multidisciplinar, cada qual ao seu tempo, dependendo das necessidades do doente. É neste período que a assistência de enfermagem e da equipe se faz extraordinariamente importante, com o objectivo de preparar o físico e o emocional do paciente. O preparo pré-operatório tem início com a internação estendendo-se até o momento da cirurgia. O objectivo é levar o enfermo nas melhores condições possíveis ao bloco operatório, para garantir-lhe menores possibilidades de complicações físicas e psicológicas.

O tal preparo então é dividido em físico e psicológico. O preparo psicológico tem como objectivo assegurar confiança e tranquilidade mental do paciente [11]. Dependendo das necessidades apresentadas, o enfermeiro solicitará a presença do profissional (cirurgião, anestesista, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros) para esclarecer as dúvidas do paciente. Já o preparo físico é providenciado pela equipe de enfermagem, desde o preparo da pele até a confirmação dos exames realizados, entre outros.

Alguns resultados de pesquisas afirmam que o fato do paciente já ter passado por experiências positivas em relação a procedimentos anestésico-cirúrgico não amenizam o medo da nova experiência [15]. Quanto aos aspectos negativos que o paciente gostaria de evitar na nova experiência cirúrgica, temos estudos que relatam que os pacientes desejariam evitar a náuseas e vômitos no pós-operatório, seguido de outros, como a dor [23].

Desejamos reforçar a ideia de que a orientação pré-operatória tem como algumas de suas principais finalidades: reduzir o nível de ansiedade do paciente, colaborar na recuperação da saúde e prestar assistência qualificada ao doente que se submeterá ao tratamento cirúrgico; e deve oferecer informações que contemplem os detalhes das ações da equipe desenvolvida no período perioperatório, sendo transmitida de forma individual ou em grupo, numa linguagem clara e objetiva compatível com o nível de escolaridade e compreensão do paciente [16].

Alguns estudos como de Delloiagono *et al.* [24] informam que os enfermeiros apontam que o dia anterior à cirurgia é considerado como o melhor momento para as informações. Aqui destacamos que o paciente idoso tem facilidade de esquecer as informações e nós enfermeiros temos que respeitar o tempo do paciente idoso e repetir as informações quantas vezes forem necessárias, por isso, hoje em dia, com o aumento da população idosa candidata a uma cirurgia, torna-se importante a avaliação cognitiva [25]. Essa avaliação perioperatório é essencial. O geriatra Dr. Cançado [26] indica que deve ser verificado até onde o idoso é capaz de cuidar de si e gerir a própria vida; a sua capacidade de concentrar-se no que está fazendo; ter consciência do que está acontecendo a seu redor e avaliar; capacidade de reter informações recentes, com consequente capacidade de aprender; funções psicomotoras (como, por exemplo, caminhar, escrever e falar) e a função visual-espacial (capacidade de localizar-se no tempo e no espaço).

Período transoperatório do idoso

As cirurgias efetuadas e os tipos de anestesias realizadas estão apresentadas na Tabela II. O procedimento cirúrgico mais efectuado nesta amostra foi a artroplastia total da anca 40%, e a artroplastia total do joelho com 35%, sendo o procedimento anestésico mais realizado o bloqueio subaracnoideu 75%.

Tabela II - Cirurgias efetuadas e tipo de anestesias realizadas (Portugal, 2008).

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Cirurgias Efetuadas		
Artroplastia Total de Anca	8	40
Artroplastia Total de Joelho	7	35
Esofagectomia Total e colocação de	1	5
Prótese	1	5
Nefrectomia a Direita e Urectomia	1	5
Reparação do Retocelo	1	5
Revisão e Extracção da prótese de	1	5
Joelho		
Tiroidectomia Total		
Tipo de Anestesia Realizada		
B. Subaracnoideu	15	75
B. Epidural	10	50
Geral	6	30
Locoregional	1	5

A cirurgia no paciente idoso permanece como um desafio, especialmente nos procedimentos de grande porte [27]. Como já foi supramencionado, as artroses devem-se ao desgaste das superfícies articulares, apresentam geralmente poucos sinais de inflamação e uma alteração destrutiva das cartilagens ou das fibrocartilagens articulares, de natureza degenerativa. As suas principais localizações são: o quadril (coxartrose), o joelho (gonartrose), a coluna vertebral (cervicartrose, dorsartrose, lombartrose), as mãos (rizartrose do polegar) [15,28].

O tratamento cirúrgico está justificado quando se trata de uma incapacidade grave. Na artrose se efectuam com frequência intervenções de substituição total da articulação (quadril, rótula, ombro, entre outros) por uma prótese, a fim de aliviar a dor e restaurar ou manter a mobilidade da articulação. As intervenções a considerar são a artroplastia (formação de uma nova articulação) e artrodese (anulação da articulação por fusão das extremidades ósseas). A artroplastia só é aplicável a poucas articulações, como a do quadril, a do cotovelo e as articulações metatarsofalângicas. Para a maior parte das outras articulações o tratamento escolhido é a artrodése. No caso da coxoartrose e gonoartrose, o tratamento cirúrgico também pode ser indicado e está justificado quando se trata de uma incapacidade grave. Na artrose se efetuam com frequência intervenções de substituição total da articulação por uma prótese, a fim de aliviar a dor e restaurar ou manter a mobilidade da articulação [18-20,28]. As artroplastias de substituição total da articulação são os procedimentos que apresentam melhores resultados quando bem indicados, porém, não estão livres de complicações. As próteses podem ser do tipo de fixação cimentadas, não cimentadas e híbridas [20].

O anestesiologista precisa estar familiarizado com as particularidades da fisiologia do paciente idoso, para poder escolher corretamente o procedimento anestésico a ser empregado. Quanto aos agentes anestésicos, a conduta é começar com pouco e ir devagar [29]. Como refere a anestesiologista Silva [30] os pacientes idosos geralmente necessitam de uma dose menor de barbitúricos, opióides e benzodiazepínicos devido às alterações farmacocinéticas assim como a farmacodinâmica. A escolha dos agentes anestésicos segue os critérios gerais da anestesia: rápido início de acção, rápida eliminação e poucos efeitos residuais. Aparentemente, seria o tempo anestésico e o controle das condições clínicas do paciente os melhores marcadores de sucesso transoperatório.

A escolha da técnica anestésica depende do estado físico do paciente idoso, do tipo de cirurgia, do

tempo de cirurgia, da habilidade do cirurgião, assim como a programação da analgesia pós-operatória, proporcionando conforto ao paciente. As técnicas anestésicas vão desde sedação leve até anestesia geral e desde a simples infiltração da ferida operatória, até bloqueios tronculares e no neuro-eixo [31].

Período pós-operatório do idoso

Procuramos também neste estudo explorar o pós-operatório e conferimos que em 100% dos casos não houve intercorrências durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Na recuperação anestésica apuramos que aconteceram 25% de intercorrências, dentre estas o que se destacou foi o sangramento em 15% dos casos. Quanto ao retorno da anestesia, 55% apresentaram um retorno calmo, enquanto 35% agitado. Entre os idosos 10% tiveram problemas durante o ato cirúrgico, 5% referiram que foi picado várias vezes nas costas por causa da anestesia, e 5% ouviram o barulho do martelo a cirurgia toda, tanto um acontecimento como o outro afligiu muito. Quando indagamos se ocorreu algum desconforto causado pela cirurgia e/ou anestesia 70% responderam afirmativamente, a razão referida foi a dor com 50%, mal-estar e o vômito com 15%, respectivamente.

Existem basicamente dois tipos de procedimentos: a cirurgia programada com antecedência, a electiva e as cirurgias de urgência. É natural, e de bom senso, concluir que, sempre que for possível, as cirurgias devem ser electivas, principalmente quando se trata de um paciente idoso. Como expõe Chindamo [32], a maioria dos pacientes não apresenta complicações como resultado da cirurgia ou anestesia, mas em até 3% a 10% dos casos podem surgir intercorrências graves.

O principal objectivo da avaliação pré-operatória é estimar o risco-benefício da cirurgia, considerando doenças pré-existentes. A avaliação pré-operatória e os cuidados pós-operatórios mais cuidadosos, assim como a adoção de técnicas cirúrgicas menos invasivas não só melhoraram e diminuíram as taxas de mortalidade, como também propiciaram que mais pacientes, mesmo os muito idosos, tenham a oportunidade de serem submetidos a cirurgia [33].

Embora os pacientes idosos apresentem maior risco de complicações cirúrgicas, atualmente são muito incomuns os acidentes ou complicações num procedimento anestésico-cirúrgico. Com medicamentos, instrumentais, novos monitores e técnicas modernas, o anestesiologista e o cirurgião reduzem ao máximo os riscos e acidentes durante os procedimentos [34].

Em um trabalho realizado por Gorayb *et al.* [35], as autoras detectaram como complicação a dor. A dor pós-operatória é uma experiência sensitiva e emocional e, ou, disfunção visceral. A dor pós-operatória não depende exclusivamente do ato cirúrgico, mas também está relacionada com outros factores como a idade, o sexo, factores étnicos, socioculturais, psicológicos e da técnica anestésica utilizada durante a intervenção [36].

Já a hemorragia ou sangramento é a perda de sangue do sistema circulatório. A resposta inicial do sistema cardiocirculatório à perda aguda de sangue é um mecanismo compensatório, isto é, ocorre vasoconstrição cutânea, muscular e visceral, para tentar manter o fluxo sanguíneo para os rins, coração e cérebro, órgãos mais importantes para a manutenção da vida. Apesar dos grandes progressos alcançados, o sangramento continua sendo uma das principais complicações em cirurgia, principalmente com o advento de procedimentos mais complexos, com períodos prolongados de tempo cirúrgico e intervenções em pacientes agudamente descompensados. A hemorragia pós-operatória apesar de rara é a complicação mais frequente, porém difícil de prever [37].

A ocorrência de náusea e vômito no período pós-operatório mostra variações extremas, provavelmente em função de uma etiologia multifatorial, na qual várias causas interagem a partir do pré-operatório até o ato anestésico-cirúrgico. Hoje, apesar dos avanços das técnicas anestésicas, do uso de fármacos de curta duração de ação, e do aperfeiçoamento de novos antieméticos, a incidência global permanece cerca de 25% a 30% [38,39].

Conclusão

Para se atingir um envelhecimento saudável é preciso que se invista realmente na área da saúde, social e econômica dos países. A saúde do indivíduo, e principalmente do idoso, é conhecida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

O aumento da população idosa exige uma crescente capacitação dos profissionais para a atenção à saúde e ao cuidado específico dessa categoria populacional, considerando as peculiaridades que são intrínsecas ao ser idoso, que apresenta características de uma classe etária que requer cuidados diferenciados.

A experiência de efetuar uma pesquisa com pacientes idosos no período perioperatório nos conduz também a algumas considerações: existe a necessidade de formação de recursos humanos habilitados para trabalharem com idosos no período perioperatório, seja por meio da inclusão de conteúdos geronto/geriátricos na formação da equipe de saúde, seja por meio da educação continuada como possibilidade de transformação da prática destes profissionais.

Considerando esses aspectos, acreditamos que os idosos poderiam receber uma melhor assistência perioperatória, e ao regressarem para sua residência poderiam ter sua capacidade funcional melhorada ou preservada após o procedimento cirúrgico.

Referências

1. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 369p.
3. Galvão C. Actividades preventiva no idoso. Revista Portuguesa Clínica Geral 2006;22:731-7.
4. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.
5. Papalia ED, Olds SW. Desenvolvimento humano. 7ª ed. Porto Alegre: Artemed; 2000.
6. Levet M. Viver depois dos 60 anos. Lisboa: Instituto Piaget; 1988.
7. Garcez LLE; Carelli CR. Peculiaridades do pré e pós-operatório dos pacientes idosos em procedimentos ortopédicos. Acta Ortop Bras 1998:6(1):37-43.
8. Costa PB, Mello ELR, Kesley R, Cola B, Mirssilian G, Leidermann E et al. Câncer gástrico em idosos. Rev Bras Cancerol 2004;50(3):211-17.
9. Forciea MA, Mourey RL. Segredos em Geriatria. Porto Alegre: Artmed; 1998.
10. Meckes PF. Cirurgia geriátrica. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
11. Souza NVDO, Silva MF, Marques GS, Rodrigues FR, Cruz EJER. Evaluating the orientations of nursing in perioperatory care - a descriptive study. Brazilian Journal of Nursing. [Online] 2006 Abril. [citado 2008 Abril 22]. Disponível em URL: http://www.uff.br/objnursing
12. Ruipérez I, Llorente P. Geriatria: Guias Práticos de Enfermagem. Rio de Janeiro: McGrawHill; 1998.
13. Newman DK, Smith DAJ. Planes de cuidados en geriatría. Barcelona: Doyam Libros; 1994.
14. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. Anesth Analg 1999;89:1346-51.
15. Fighera J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar 2005;8(2):51-63.
16. Paula AAD, Carvalho ECC. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. Rev Latinoam Enfermagem 1997;5(3):35-42.
17. Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
18. Silva PJ. Artrose, coxartrose e artoplastia da anca [online] 2008 Abril. [citado 2008 Abril 25]. Disponível em: URL: http://www.forumenfermagem.org.
19. Couto P, Osório L, Chambriard C, Silva MB, Lacerda GM. Prótese bipolar: avaliação radiográfica da mobilidade dos sistemas internos e externos. Rev Bras Ortop 1994;29(6):371-74.
20. Perossi SC. Osteoartrose do joelho-gonoartrose [online] 2008 Abril. [citado 2008 Abril 25]. Disponível em: URL: http://www.medicinageriatrica.com.br
21. Santos E, Caberlon IC. Visita pré e pós-operatória aos pacientes. Enfoque 1980:9(6):41-5.
22. Boof L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
23. Eberhart LH, Morin AM, Wulf H, Gelner G. Patient preferences for immediate postoperative recovery. Br J Anaesth 2002:89(5):760-1.
24. Delloiagono AA, Santos WDF, Carvalho EC. A comunicação enfermeiro paciente na visita pré-operatória. A percepção de enfermeiros assistenciais de um hospital-escola de um município paulista. Medicina 1990;23(1):16.
25. Moraes LO, Peniche ACG. Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. Rev Esc Enferm USP 2003:37(3):54-62.
26. Cançado FAX. Responsabilidade Gerontológica na preservação funcional [online]. [citado 2008 Fevereiro 13]. Disponível em URL: http://www.senior-residencia.com.br/O%20Envelhecimento.htm.
27. Carvalho Filho ET. Avaliação pré-operatória do paciente idoso. Rev Bras Med 2002; 59(9):659-66.
28. Neto JP. Artrose do joelho [online]. [citado 2008 Abril 25]. Disponível em URL: http://www.hospitalgavazza.com.br/principal/noticia.asp?id=292.
29. Leme LG, Corelli CR. Peculiaridades do pré e pós-operatório dos pacientes idosos em procedimentos ortopédicos. Acta Ortp Bras 1998;(1):37-43.
30. Silva ARA. Anestesia em idosos [online]. [citado 2008 Maio 5]. Disponível em: http://www.comunidademedica.com.br/artigo_anestesiologia_news.php?
31. Cangiani LM. Anestesia ambulatorial em paciente idoso [online]. [citado 2008 Maio 10]. Disponível em: URL: http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/paciente%20idoso.pdf.
32. Chindamo MC. Como reduzir os riscos cirúrgicos [online]. [citado 2008 Maio 21]. Disponível em: URL: http://www.terra.com.br/istoegente/275/saude/index.htm.
33. Pimenta LG. Princípios de cirurgia geriátrica [online]. [citado 2008 Maio 21]. Disponível em: URL: http://acadmedmg.org.br/vs1/index.php.
34. Heitmiller E. Como funciona a anestesia. Traduzido por: HowStuffWorks [online]. [citado 2008 Maio 10]. Disponível em: URL: http://saude.hsw.uol.com.br/anestesia2.htm.
35. Gorayb SBS, Souza MCM, Caldeira SM. Rotinas e cuidados de vigilância na sala de recuperação anestésica. Rev Paul Enferm 1991(Suppl):19-24.
36. Direcção-Geral da Saúde. Fractura de extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003.
37. Windfuhr JP, Chen YS. Post-tonsilectomy and adenoidectomy hemorrhage in nonselected patients. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003;(112):63-9.
38. Deane-Valentine Y. An audit of nausea and vomiting in a post anaesthetic care unit. Br J Anesthetic Recovery Nurs 2005;6(1):4-6.
39. Golembiwski JA, O' Brien D. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. J Perianesth Nurs 2002;17(6):364-76.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Artigo original

Hipertensão arterial em idosos: prevalência e fatores associados no município de Três Lagoas/MS

Patrícia Rodrigues Souza*, Suse Barbosa Castilho**, Sônia Regina Jurado***

**Enfermeira, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas, MS, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela UNIDERP – Universidade para o Desenvolvimento da Região do Pantanal, Pólo de Três Lagoas/MS, **Enfermeira, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas/MS, ***Docente, Professora Adjunta, Chefe de Departamento, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Departamento de Enfermagem e Biotecnologia Aplicada à Saúde, Campus de Três Lagoas/MS*

Resumo

O Brasil carece de números precisos de incidência e prevalência de hipertensão arterial, diabetes e fatores de risco associados a essas patologias, principalmente na população idosa. Portanto, verifica-se a importância de estudos sobre o tema, devido ao significativo aumento deste segmento populacional no país. O presente trabalho teve como escopo levantar a prevalência da hipertensão arterial e diabetes e de fatores de risco associados a essas doenças na população idosa do município de Três Lagoas, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. Neste estudo, foram estudados 117 idosos de ambos os sexos, os quais apresentaram índice de massa corpórea igual a 26,84 ± 0,44 kg/m²; circunferência abdominal 95,65 ± 1,22 cm; pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) igual a 130,09 ± 2,08 e 78,88 ± 1,15 mmHg, respectivamente e níveis glicêmicos de 128,50 ± 4,68 mg/dl. Do total de idosos estudados, 38,46% eram hipertensos e 10,25% apresentaram níveis glicêmicos acima da normalidade. Os níveis pressóricos correlacionaram-se significativamente com peso corporal, circunferência abdominal e índice de massa corpórea (p = 0,0032, p = 0,0003 e p = 0,0168, respectivamente) e os níveis glicêmicos correlacionaram-se significativamente com a ingesta de carboidratos (p = 0,0151). O presente trabalho mostrou, em síntese, que a hipertensão arterial e diabetes são mais prevalentes em idosos do que na população em geral.

Palavras-chave: hipertensão, diabetes, prevenção, idosos.

Abstract

Arterial hypertension in the elderly: prevalence and associated factors in the city of Três Lagoas/MS

Brazil has a lack of accurate figures regarding the incidence and prevalence of arterial hypertension, diabetes and risk factors associated with these diseases, especially in the elderly population. Therefore, it confirms the importance of studies on the subject, due to the significant increase of older people. This work aimed to assess the prevalence of hypertension and associated risk factors in the elderly population in the city of Três Lagoas/MS. The study comprised 117 elderly of both gender, who

Artigo recebido em 4 de agosto de 2009; aceito em 9 de novembro de 2009.
Endereço para correspondência: Patrícia Rodrigues Souza, Rua Eurydice Chagas Cruz, 1889, 79600-140 Três Lagoas MS, Tel: (67) 3522-4236, E-mail: patthyrss@hotmail.com

had body mass index 26.84 ± 0 .44 kg/m², waist circumference 95.65 ± 1.22 cm; systolic blood pressure (SBP) and diastolic (DBP) 130.09 ± 2.08 and 78.88 ± 1.15 mmHg, respectively, and glucose levels of 128.50 ± 4.68 mg/dl. 38.46% of the total number of elderly were hypertensive and 10.25% had blood glucose levels above normal. Pressure levels were significantly correlated with body weight, waist circumference and body mass index (p = 0.0032, p = 0.0003 and p = 0.0168, respectively) and glucose levels were significantly correlated with carbohydrate intake (p = 0.0151). Concluding, this study showed that hypertension and diabetes are more common in the elderly than in the general population.

Key-words: hypertension, diabetes, prevention, aged.

Resumen

Hipertensión arterial en personas mayores: prevalencia y factores asociados en el municipio de Três Lagoas/MS

El Brasil carece de números exactos de incidencia y prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y factores de riesgo asociados a padecer de esas patologías, principalmente en la población de personas mayores. Por tanto, se verifica la necesidad de estudios sobre el tema, debido al significativo aumento de personas mayores en la población del país. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de la hipertensión arterial y de la diabetes y factores de riesgo asociados a esas enfermedades en la población de personas mayores del municipio de Três Lagoas, Estado de Mato Grosso do Sul. Fueron estudiadas 117 personas mayores de ambos sexos, las cuales presentaron un índice de masa corporal igual a 26,84 ± 0,44 kg/m²; circunferencia abdominal 95,65 ± 1,22 cm; presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) igual a 130,09 ± 2,08 y 78,88 ± 1,15 mmHg, respectivamente y niveles glicémicos de 128,50 ± 4,68 mg/dl. Del total de mayores estudiados, 38,46% eran hipertensos y 10,25% presentaron niveles glicémicos por encima del límite establecido. Los niveles presóricos se correlacionaron significativamente con peso corporal, circunferencia abdominal e índice de masa corporal (p = 0,0032, p = 0,0003 e p = 0,0168, respectivamente) y los niveles glicémicos se correlacionaron significativamente con la ingesta de carbohidratos (p = 0,0151). Se concluye que la hipertensión arterial y diabetes son más comunes en personas mayores que en la población en general.

Palabras-clave: hipertensión, diabetes, prevención, anciano.

Introdução

O envelhecimento é um desafio do mundo atual que afeta países ricos e pobres. Estima-se que cerca de um milhão de pessoas cruzam a barreira dos 60 anos de idade a cada mês, em todo o mundo [1]. Do ponto de vista demográfico, segundo Carvalho e Andrade [2], no plano individual envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento.

O maior desenvolvimento científico e tecnológico também tem favorecido o aumento da expectativa de vida. Por outro lado, este fato contribui para o maior risco no desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, destacando-se as cardiovasculares, que se constituem na principal causa de morte no Brasil [3].

A hipertensão arterial (HA), conhecida como pressão alta, é um das doenças crônico-degenerativas que representam grandes desafios para a saúde mundial. No Brasil, estima-se que 22% da população adulta sofra de hipertensão [4]. Metade dos portadores de hipertensão arterial desconhece a existência da doença, por não apresentar sintomas e não procurar serviço médico.

O diabetes mellitus (DM) constitui, ainda, uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores e cegueira [4] e, é de grande interesse a promoção de medidas preventivas, pois constitui em um aspecto central para a manutenção e recuperação da saúde do idoso.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de Saúde Pública, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica [5].

Segundo Ponzetto[6], fatores de risco podem ser definidos como condições que predispõem a um maior risco de desenvolver certo evento relacionado à saúde, após determinado tempo.

Para que se possam propor ações efetivas em saúde, em especial de enfermagem, aos idosos com diabetes e hipertensão arterial, faz-se necessário conhecer o estilo de vida desta população, bem como suas especificidades quanto à qualidade de

vida. O acompanhamento e o controle do DM e da hipertensão no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade [5].

Este trabalho objetivou levantar a prevalência de diabetes, hipertensão arterial e de fatores de risco associados a essas patologias na população idosa participante de Núcleos Sociais da Terceira Idade no município de Três Lagoas/MS.

Material e métodos

A pesquisa foi desenvolvida com idosos em 16 núcleos sociais da Terceira Idade na cidade de Três Lagoas (MS), vinculados ao Departamento de Cidadania da Prefeitura Municipal local, por ocasião da coleta de dados, constituindo a amostra populacional para este estudo de 117 idosos. Os critérios de inclusão para constituir a amostragem foram: ter 60 anos ou mais e aderir à pesquisa. Os dados foram coletados no período de maio a outubro de 2008, utilizando-se de instrumento estruturado, avaliação de dados antropométricos e aferição de pressão arterial e níveis glicêmicos.

Os participantes foram informados do estudo a ser realizado e de sua importância para a saúde, por meio de palestra educativa, distribuição de folhetos explicativos sobre HA e DM. Após os esclarecimentos e de acordo com a vontade deles de participarem do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Em seguida, foram entrevistados através de um questionário padronizado, abordando dados pessoais, tais como: hereditariedade, tabagismo, etilismo, sedentarismo, diabetes, raça, sexo, seguido de aferição da pressão arterial (PA), níveis de glicemia capilar, peso corporal, altura, circunferência abdominal e índice de massa corpórea (IMC). Durante a aferição da PA foi utilizado um esfigmomanômetro, marca BIC® e, para a avaliação dos níveis glicêmicos, utilizou-se um glicosímetro, marca Biocheck® TD-4225.

Os valores de PA obtidos foram analisados com base em algumas normas do V Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial [7] e os níveis glicêmicos foram preconizados de acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus [4].

Os níveis glicêmicos e os níveis pressóricos foram correlacionados com peso corporal, circunferência abdominal, índice de massa corpórea, hábitos alimentares, histórico familiar de hipertensão arterial e diabetes mellitus e, práticas de exercícios físicos. Foi utilizada a correlação de Pearson e em todos os testes estatísticos o índice de significância considerado foi de 0,05.

Resultados e discussão

Foram coletados dados de 117 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, variando entre 60 – 96 anos. Os maiores percentuais foram para os sujeitos do sexo feminino correspondendo a 58,12% (68), raça branca 54,70% (64) e parda com 24,78% (29) dos entrevistados. Em relação ao estado civil, a maioria eram viúvos (34,19%) ou casados formalmente (33,33%) e apenas 15,38% (18) eram solteiros, por conseguinte, 87,18% (102) possuíam filhos, variando entre cinco filhos ou mais (25,64%). Quanto à religião, 83,76% (98) verbalizaram seguir ao catolicismo e, somente 7,69% (09) ao protestantismo.

Da amostra estudada, 53% tinham instrução de oito anos ou menos de estudo formal, 09 dos entrevistados (7,69%) não eram alfabetizados e, 10,25% (12) concluíram o ensino superior.

Os dados antropométricos, os níveis pressóricos e glicêmicos dos idosos estão ilustrados na Tabela I.

Tabela I - Dados antropométricos, níveis pressóricos e glicêmicos dos idosos do município de Três Lagoas/MS, 2008.

Parâmetro	Média	DP
Índice de Massa Corpórea (IMC)	26,84	0,44
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	130,09	2,08
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	78,88	1,15
Peso corporal (kg)	68,79	1,42
Glicemia (mg/dl)	128,50	4,68
Altura (cm)	154,77	2,82
Circunferência abdominal (cm)	95,65	1,22

Dos 117 participantes, 20,51% (24) autoreferiram ter diagnóstico de diabetes mellitus tipo II e, entre esses 24 diabéticos, 17 eram portadores de hipertensão arterial. Estes dados corroboram informações abordadas pelo Ministério da Saúde [5], quando afirmam que o DM tipo II é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos, aumentando a prevalência com a idade, podendo chegar a 20% na população com 60 anos ou mais. O índice de diabéticos

confirmados pelo exame de glicemia no estudo foi de 10,25%, ao passo que na população adulta este valor é de 7,6% [5].

O índice de prevalência de hipertensão, estimada pelo *Systolic Hypertension in the Elderly Program - SHEP*, variou em torno de 5% nos idosos com idade entre 60 a 69 anos, em cerca de 10% na faixa acima de 70 anos e 20% naqueles com mais de 80 anos [8-10]. Em nosso estudo, encontramos um total de 38,46% de hipertensos, o que corresponde a quase o dobro de hipertensos (20%) encontrados na população adulta [5]. Seguindo a faixa etária dos hipertensos, os achados no presente estudo foram os seguintes: 53,33% de 60 a 69 anos; 26,66% de 70 a 79 anos e 4,41% acima de 80 anos. Salientamos que os valores de hipertensos encontrados em nosso estudo nas faixas etárias de 60-69 anos e 70-79 anos estão acima dos valores encontrados em outros trabalhos.

O Estudo Epidemiológico Longitudinal com Idoso – Epidoso - de 1991, seguindo os critérios dos Consensos Brasileiro e Americano de Hipertensão, encontrou, entre 1.667 idosos, uma prevalência de HA em torno de 63% nas mulheres e de 57% nos homens [11]. Em nosso estudo foi encontrada uma maior prevalência de hipertensão arterial nos homens (19,65%) do que nas mulheres (18,80%), mostrando valores inferiores do estudo acima citado.

Os níveis pressóricos correlacionaram-se significativamente com peso corporal, circunferência abdominal e IMC ($p = 0,0032$, $p = 0,0003$, $p = 0,0168$). Sabe-se que indivíduos obesos são mais predispostos à ocorrência de eventos cardiovasculares e maiores níveis de pressão arterial que indivíduos com peso normal [12], o que corrobora com nossos achados. Um total de 37,60% (44) dos idosos estudados declararam possuir doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Os idosos são um segmento populacional que merece maior atenção com relação aos fatores causais e de riscos associados à hipertensão e diabetes. Em um estudo realizado por Passos *et al*. [13] foi demonstrado que um grupo de idosos apresentou maiores taxas de prevalência de inatividade física, tabagismo, hipertensão arterial, níveis de colesterol total e triglicerídeos do que o grupo de adultos.

Em continuação aos resultados obtidos por Passos *et al.* [13], o diabetes foi estatisticamente associado com menor escolaridade e renda, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, elevado índice de massa corporal, presença de hipertensão arterial sistêmica, história familiar de diabetes, contudo, em nosso estudo não obtivemos correlações significativas entre os níveis glicêmicos e os parâmetros acima descritos.

Os níveis glicêmicos foram maiores nas mulheres (58,15%) do que nos homens (41,85%). A glicemia correlacionou-se significativamente com a ingesta de carboidratos nos idosos neste estudo ($p = 0,0151$). Portanto, existe uma alteração no metabolismo de carboidratos ingeridos. Não se sabe se essa hiperglicemia é normal ou patológica, contudo, necessita de intervenções terapêuticas. A causa das alterações no metabolismo dos carboidratos relacionadas à idade ainda está em discussão. Algumas possibilidades estão relacionadas à dieta insuficiente, inatividade física, diminuição da massa magra corporal, secreção alterada de insulina e resistência à glicose [14].

De acordo com o Ministério da Saúde [4], cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença.

Conclusão

O presente trabalho mostrou que a hipertensão arterial e o diabetes são mais prevalentes em idosos do que na população adulta. Ainda que as políticas públicas devam contemplar a todos, atenção especial deve ser voltada para a população idosa, tanto para as ações de prevenção, de controle da hipertensão, assim como para as de promoção à saúde.

Agradecimentos

À Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Estudantis (PREAE) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pelo apoio financeiro na execução do projeto.

Referências

1. Veras RP, Lourenço R, Martins CSF, Sanchez MAS, Chaves PH. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002. p. 11-79.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População

e Indicadores Sociais. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000/ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2002. 97p.

3. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev Latinoam Enfermagem 1996;4(3):5-18.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Ponzetto M, Maero B, Maina P, D'agostino E, Scarafiotti C, Speme S, et al. Risk factors in the elderly. Arch Gerontol Geriatr 2002;(8 Suppl):283-90.
7. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Traduzido por: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60p.
8. Morigutti JC, Paiva CE, Marchini JS, Furtado Júnior DA, Matos FD, Ferriolli E. Systolic hypertension in elderly program e outros estudos clínicos em idosos. Rev Bras Hipertens 2001;2:206-11.
9. Mulrow CD, Brand MB. Hipertensão arterial no idoso. In: Gallo JJ, Whitehead JB, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, eds. Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan; 1999. p. 99-08.
10. Shep - Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the systolic hypertension in the elderly program (SHEP). JAMA 1991;265:3255-64.
11. Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo M, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-years follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil (Epidoso Project): methodology and preliminary results. Rev Saúde Pública 1998;5:397-07.
12. Carneiro G, Faria NA, Ribeiro Filho FF, Guimarães A, Lerário D, Ferreira SRG, et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Rev Assoc Med Bras 2003;49(3):306-11.
13. Passos VMA, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community - the Bambuí health and aging study. São Paulo Med J 2005;123(2):66-71.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1215-73.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Relato de caso

O olhar de um grupo de mulheres no período do climatério e menopausa pertencentes a um ESF no município de Criciúma/SC

Priscila da Silva Timoteo*, Josete Mazon, M.Sc.**

*Acadêmica de Enfermagem, Escola Superior de Criciúma, *Bióloga, professora da Universidade do Extremo Sul Catarinense

Resumo

O atual modelo vigente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não apresenta atendimento específico às mulheres climatéricas. O presente estudo teve como objetivo identificar em um grupo de mulheres o seu olhar sobre o período do climatério e da menopausa. A metodologia utilizada no estudo foi de natureza descritiva, tipo estudo de caso. Foram escolhidas 25 mulheres entre 35 e 60 anos de idade pertencentes a uma ESF de um bairro do município de Criciúma/SC e aplicado um questionário semi-estruturado, seguido da análise dos dados. A grande maioria das mulheres não sabia que a menopausa é de fato a última menstruação. Os sinais e sintomas mais comuns nesse grupo de mulheres são: esquecimento, alteração de humor, ondas de calor, dificuldade no sono, menstruações irregulares. O interesse das integrantes deste estudo sobre a menopausa é positivo, porém as mesmas nunca procuraram o posto de saúde para obter informações. Foi possível propor um programa de atenção a mulheres sendo o profissional enfermeiro o facilitador dessa alternativa.

Palavras-chave: climatério, menopausa, saúde da mulher, enfermagem.

Abstract

Perception of a group of women during climacteric and menopause belonging to a Family Health Strategy of Criciúma/SC

Family Health Strategy (FHS) model did not yet have specific assistance to climacteric women. This study aimed at identifying in a group of women their perception about climacteric and menopause. The methodology used was descriptive, case study approach. 25 women aged 35-60 years belonging to a FHS of a neighborhood of Criciúma/SC were selected and a semi-structured questionnaire was applied, followed by data analysis. The majority of the women did not know that menopause is the time in a woman's life in which the menstrual cycle ends. The most common signs and symptoms in this group of women

Recebida em 23 de junho de 2009; aceito em 5 de novembro de 2009.
Endereço para correspondência: Priscila da Silva Timóteo, Rua Oadi Mateus Silvano, 586, Maria Céu, 88810-300 Criciúma SC, Tel: (48) 9619-6567, E-mail: priscila18st@yahoo.com.br, jmz@unesc.net

were: forgetfulness, mood changes, hot flashes, sleep difficulty. The participants' interest in this study about menopause was positive; however, they did never look for information in the primary health care. As an alternative, it was proposed a women's care program with a nurse professional as a facilitator.

Key-words: climacteric, menopause, woman's health, nursing.

Resumen

La visión de un grupo de mujeres durante el climatério y la menopausia pertenecientes a un ESF en la ciudad Criciúma/SC

El actual modelo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) aún no incluye atención exclusiva a mujeres climatéricas en su programa. Esta investigación tuvo como objetivo identificar el aspecto del período de climaterio y la menopausia en un grupo de mujeres de 35 hasta 60 años. La metodología utilizada en el estudio ha sido de carácter descriptivo, tipo estudio de caso. Se seleccionaron 25 mujeres que pertenecen a una ESF de un distrito de la ciudad de Criciúma/SC y aplicado un cuestionario semi estructurado para el proceso de investigación, seguido por el análisis de los datos. La gran mayoría de las mujeres no saben que la menopausia es la última menstruación. Los signos y síntomas más comunes en este grupo de mujeres fueron: el olvido, cambios en el estado de ánimo, sofocos, dificultad para dormir. El interés de las mujeres investigadas sobre la menopausia es positivo, pero nunca buscaron la atención primaria de salud para obtener información. Ha sido posible proponer un proyecto de atención a las mujeres, y el profesional enfermero como el facilitador de esta alternativa.

Palabras-clave: climaterio, menopausia, salud de la mujer, enfermería.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o atual modelo vigente na assistência à saúde. De acordo com Bellusci [1], a ESF "busca enfatizar o potencial de saúde seja física, mental, social ou ambiental. Olha para o indivíduo inserido numa família e sociedade localizadas em determinado tempo e espaço que lhes conferem características ímpares. Além de tentar chegar antes da doença – promoção e prevenção – visa manter a saúde: vigilância da saúde".

Como o próprio nome já diz é uma estratégia, que visa à prevenção de doenças, à promoção da saúde, à educação em saúde e à qualidade de vida da família. Não esquecendo que cada indivíduo tem características únicas e que deve ser tratado como um todo.

Neste estudo voltamos o olhar para um dos membros que constitui a base familiar, a mulher. Em especial para a fase do climatério, em virtude dos programas existentes hoje na ESF se focalizarem na realização e orientação de pré-natal, exame clínico de mamas e coleta de Papanicolau ou exame preventivo. Não que esses cuidados não sejam importantes, a questão é que a saúde das mulheres menopausadas está sendo esquecida.

O climatério é a denominação do período que abrange a pré-menopausa, perimenopausa, menopausa e pós-menopausa. A menopausa é o processo natural da cessação de menstruação que ocorre no quadro da vida de toda mulher. Esse processo leva tanto a alterações fisiológicas (hormonais) como psicológicas (hábitos de vida).

Estes processos são desencadeados a partir da interrupção da produção dos hormônios sexuais femininos responsáveis pelo ciclo menstrual e reprodutivo, chamados de hormônio folículo estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH), estrogênio e progesterona. Em diversos locais a falta de orientação por parte dos profissionais da saúde nessa fase prejudica a qualidade de vida da mulher. A escassez de informação e conscientização da mulher sobre sinais, sintomas, tratamento, riscos e alternativas na menopausa contribuem para o que seria uma fase natural, ser uma fase de incomodo e doença.

De maneira geral, nas Unidades de Saúde em nível de Atenção Básica não há uma estratégia de

cuidado voltada para a mulher nesta fase da vida, pois não há atendimento específico ou um grupo terapêutico em saúde (Educação em Saúde) formado para as mulheres climatéricas ou menopausadas [2].

O modelo que permeia o cuidado em saúde nestas unidades é médico-cêntrico e voltado para o biológico. Os aspectos sociais ou emocionais que podem estar intervindo nesta fase da vida da mulher são deixados de lado. Nossos objetivos foram buscar compreender o que as mulheres entendem e sentem acerca do ciclo da menopausa, utilizando para tal, saber se há interferência quanto aos aspectos físicos, psíquicos e sociais; se as mesmas possuíam conhecimento sobre os sinais e sintomas da menopausa e se foram acolhidas pelos serviços de saúde neste período, uma vez que todas estavam cadastradas em uma unidade de saúde no município de Criciúma.

Material e método

A abordagem metodológica foi de natureza descritiva, tipo estudo de caso, em que se busca um profundo e detalhado conhecimento de poucos indivíduos ou família [3]. A presente pesquisa foi realizada na área de abrangência de uma Unidade de Saúde com Estratégia da Saúde Família no município de Criciúma – SC. O estudo foi realizado com 25 mulheres entre 35 a 60 anos de idade que são cadastradas na unidade em questão. Foram escolhidas intencionalmente com base nos critérios de inclusão e exclusão, ou seja, fizeram parte da amostra mulheres que estavam presentes no dia da reunião, e que aceitaram assinar o termo de consentimento após serem esclarecidas da pesquisa. Após a coleta dos dados sobre o olhar das mulheres durante o período do climatério e menopausa por meio de um questionário semi-estruturado, analisamos os mesmos utilizando para isso o programa da Microsoft Excel.

Resultados e discussão

As mulheres participantes são moradoras cadastradas em uma ESF do município de Criciúma – SC, com idade entre 36 e 60 anos. Quanto ao perfil etário das integrantes da pesquisa os dados estão demonstrados na Tabela I.

Ao analisarmos a tabela com relação ao perfil etário das mulheres nota-se que a idade predominante é entre 41 e 45 anos. Seguido por mulheres entre 46 e 50 anos. Nesta amostra 62% estão a menos de 1 ano no período menopausal, 32% estão a mais de um ano menopausadas e 6% estão no climatério.

Quanto ao estado civil das mulheres participantes, 80% são casadas, 12% separadas, 4% solteiras, 4% viúvas. Como a maioria das mulheres climatéricas é casada, ao menos podem contar com seus parceiros para enfrentar as manifestações clínicas que acabam interferindo em suas relações conjugais, familiares e sociais, pois o apoio emocional é de extrema importância nesse período [4]. Ao contrário das demais que por serem separadas, solteiras e viúvas, provavelmente, não contam com suporte em momentos de incomodo e doença. Observou-se [5] que algumas mulheres revelaram confusão quanto a estar ou não na menopausa e ao relato da perda dos encantos e do interesse do parceiro por elas. Eventos, como a separação conjugal nessa fase, reforçam ainda mais a crise, surgindo o sentimento de rejeição. A mulher, quando se sente desvalorizada pelo parceiro, apresenta a tendência a sentir-se mal.

Ao verificar seu perfil como mães, observamos que 36% têm 2 filhos referindo que para os dias atuais é o ideal. Seguido de 24% com 3 filhos. E 16% com 1 filho. A predominância é entre 1 a 3 em relação ao número de filhos. Quando questionadas quanto à profissão, a grande maioria é do lar, priorizando o cuidado com a família.

Tabela II - Profissão das integrantes da pesquisa.

Profissão	Nº de mulheres
Do lar	14*
Agricultora	1
Serviços gerais	3
Auxiliar de odontologia	1
Costureira	1
Doméstica	2
Agente comunitária	1
Comerciante	1
Auxiliar de enfermagem	1

* destas 14 mulheres duas são aposentadas.

Tabela I - Perfil etário das integrantes da pesquisa.

Idade (anos)	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60
Nº de mulheres	2	8	7	4	4

A atividade rotineira do lar pode desencadear um distúrbio psíquico muito conhecido hoje em dia, a depressão. Segundo Soares [6], a causa da depressão reside na falta de interações de reforço positivo com o ambiente por parte do indivíduo. A falta de realização de outras atividades ligadas ao lazer, sucesso profissional e pessoal entre outras contribui para a baixa da auto-estima, desuso corporal e déficit de aprimoramento pessoal.

A Tabela III traz a relação dos componentes familiares que convivem diariamente com as mulheres.

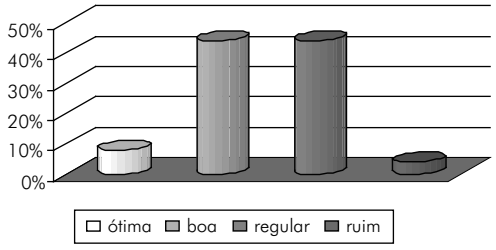
Tabela III - Número de componentes do grupo familiar das integrantes do estudo.

Nº de mulheres	5	7	6	6	1
Nº de componentes	2	3	4	5	9

O número de componentes do grupo familiar predominante é entre 3 a 5 pessoas, podendo ser considerado comum e característico nos dias atuais. Para as integrantes do estudo, além de satisfação, a família também representa um fator de preocupação, pois nela estão as pessoas que se tem contato direto e fortes laços afetivos. Se analisarmos tal situação, é importante ressaltar que este período da vida da mulher também é marcado pela independência dos filhos e que muitos deixam suas casas para constituir sua própria família, fator que muitas vezes é motivo de depressão e de inutilidade para as mulheres mães.

Ao questionar como as mulheres vêem a sua saúde hoje, 8% responderam que a vêem como ótima; 44% boa; 44% regular; e 4% ruim conforme Figura 1.

Figura 1 - Como as mulheres vêem a sua saúde hoje.



As que consideram sua saúde como ótima referem ser devido à idade (mais jovens), ausência de doenças e terem alimentação adequada. Porém, a predominância e igualdade foram as que consideraram sua saúde como boa e regular. Consideram saúde boa, por, na maioria das vezes, não apresentar doenças, procurando também ter uma alimentação adequada e boas práticas sanitárias. Saúde regular em conseqüência da baixa auto-estima, surgimento de alguns sinais de incomodo ou doença e alimentação desregrada. E as que consideraram como saúde ruim é por terem várias patologias diagnosticadas, uso diário de medicamentos, restrição alimentar e também baixa da auto-estima.

Cerca de 8% das mulheres pensam que a menopausa é o período que ocorre os calorões; 28% pensam que é um período em que ocorrem os calorões associados com outros sintomas; 16% consideram a menopausa como um período ruim, de incomodo e de irritação; 20% consideram-na como um período que cessa a menstruação; 4% consideram-na quando cessa a menstruação e a mulher fica doente; 4% dizem que é um período que ocorre trocas de hormônios; 4% que é um período em que as mulheres não têm problemas clínicos ou não deveriam ter; 8% não sabem; e 4% não sabem, mas acreditam ser a velhice precoce. Nessas respostas foi possível perceber que 80% das mulheres não sabem que a menopausa é, de fato, a última menstruação, associam a mesma com sintomas e doenças.

Climatério não é sinônimo de velhice. No climatério, faz-se a prevenção de patologias próprias da velhice, possibilitando melhor qualidade de vida. Esta prevenção busca olhar para a mulher de forma holística, ou seja, como um todo melhorando sua saúde nas características físicas, psíquicas e sociais [7].

Quando se refere a alguma alteração em seu corpo ou algo que mais lhes incomodam 24% dizem não ter nada que incomode sua saúde hoje; 20% destacam a dor na coluna, sendo que uma destaca juntamente com esta a cefaléia e outra a tendinite. Outros principais incômodos individuais são: cefaléia; enxaqueca, enjôo e vômito; osteoporose; esporão nos pés; hipertensão; arritmia cardíaca; redução de peso devido à cirurgia cardíaca; ondas de calor; ganho de peso; hipertireoidismo; síndrome do túnel do carpo; hipertensão e diabetes; hérnia de disco e depressão; desânimo; reumatismo; tendinite, queimor nas pernas; desgaste no fêmur; e menstruações irregulares.

Em relação às principais manifestações clínicas que ocorrem no período menopáusico, 72% apresentam esquecimento; 64% alteração de humor; 60% ondas de calor; 60% dificuldade no sono; 56% fadiga; 48% irritabilidade; 48% ganho de peso; 36% tonteira; 24% menstruações irregulares; 24% sudorese noturna; 20% cefaléia; 20% mama sensí-

vel; 20% dor ao ter relação sexual; 20% sensação de pânico; 16% osteoporose; e 4% freqüência de infecção bacteriana.

A Tabela IV demonstra as principais manifestações clínicas relatadas pelas mulheres entrevistadas durante o período menopáusico.

Tabela IV - Principais manifestações clínicas do período menopáusico.

Principais manifestações clínicas	%
Dificuldade no sono	60%
Cefaléia	20%
Dor na coluna	20%
Esquecimento	72%
Ondas de calor	60%
Não há nenhuma grande dificuldade enfrentada	24%
Alteração de humor	64%
Nervosismo	8%
Todos os sintomas muito dificultosos	4%

A pesquisa revelou que o esquecimento é o sintoma de maior prevalência entre as mulheres menopausadas, atingindo mais de 70% das mesmas. A alteração de humor é algo comum, não está presente somente na Tensão Pré Menstrual (TPM), está presente também na cessação da menstruação. Outra manifestação clínica importante e muito conhecida pelas mulheres são as ondas de calor, descritas por calor intenso, sensação de queimor e agitação e o sintoma de mais incômodo para as entrevistadas. A dificuldade para dormir prejudica o rendimento diário e conseqüentemente leva à utilização de medicamentos como calmantes e sedativos, e a fadiga durante o dia. A questão da fácil irritação acaba afetando sua auto-estima e causando problemas nas relações interpessoais.

Pedro [8] diz que "as ondas de calor e a insônia são considerados sintomas vasomotores, já o esquecimento, a alteração de humor e a irritação são considerados sintomas psicológicos". O ganho de peso também merece destaque, pois atinge 60% da amostra, sendo que a mulher pode se tornar obesa e desencadear outras doenças relacionadas com esse fator [9].

As dúvidas e o interesse sobre o período da menopausa entre as mulheres são importantes, pois pudemos observar durante a entrevista que apenas 32% não têm interesse em saber do assunto. A tabela V mostra as dúvidas relatadas por 68% das entrevistadas.

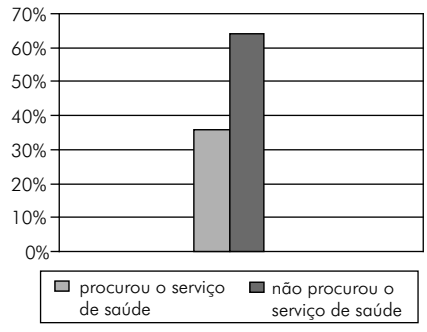
Tabela V - Principais dúvidas do período menopáusico.

Principais dúvidas	%
O que é realmente a menopausa e tudo que envolve o assunto.	28%
Saber a respeito das ondas de calor e se tem tratamento.	8%
Quanto tempo dura o período da menopausa e quando se encerra.	8%
Quais os tratamentos para amenizar os sintomas.	8%
Saber se a mulher ainda pode engravidar nesse período.	4%
Quais os sintomas que ocorrem.	4%
Se os sintomas que ocorrem são normais.	4%
Saber se entrará em menopausa precoce porque fez histerectomia e salpingectomia (remoção do útero e tubas uterinas respectivamente).	4%

O real interesse das mulheres sobre a menopausa foi muito positivo, significando que as mesmas se preocupam com sua saúde. Já suas dúvidas têm valor alarmante, pois demonstra que elas não sabem o que pode ocorrer no período do climatério, ou seja, não sabem o que está ocorrendo com elas.

Na questão informação, 64% das mulheres nunca procuraram o posto de saúde perto de sua casa para saber a respeito do assunto menopausa, muitas vezes por vergonha, medo, falta de instrução e desinteresse [10]. Apenas 36% se interessaram em conhecer melhor o assunto conforme segue Figura 2.

Figura 2 - Percentual de mulheres que recorrem ao serviço de saúde no período da menopausa.



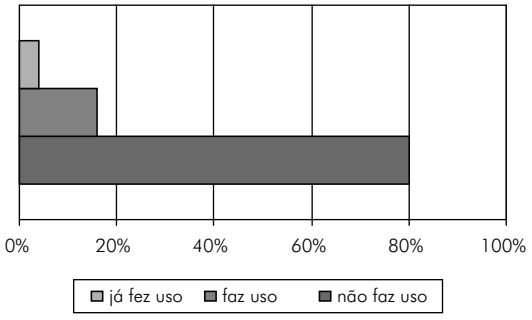
A partir desses dados é possível perceber que deve partir do profissional de saúde, em especial o profissional de Enfermagem, pois está diretamente ligado com a paciente, conhece suas características físicas e o ambiente em que vive e pode realizar educação em saúde em reuniões de grupo voltadas

para mulheres no período do climatério. Smeltzer [11] descreve que a perimenopausa é um momento oportuno para ensinar as mulheres sobre a promoção da saúde e estratégias de prevenção de doenças.

Conforme Resolução COFEN-272/2002 [12] a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade; (...) Art. 1º - Ao enfermeiro incumbe: (...) histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. O problema de educação e informação é uma realidade que pode ser mudada em nível de atenção primária nos serviços de saúde.

O uso de terapia de reposição hormonal é pouco utilizado entre as mulheres, 80% não fazem uso; 16% fazem uso; e 4% já fizeram uso do mesmo conforme a figura 3.

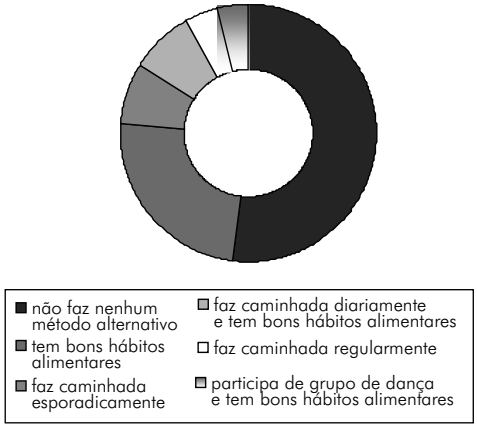
Figura 3 - Percentual de mulheres que fazem uso de terapia de reposição hormonal.



O baixo índice de utilização de reposição hormonal muitas vezes ocorre por alguns fatores: medo de não ter uma boa resposta para os sintomas e causar algum efeito adverso; mitos populares, com conselhos de amigos e familiares para a não utilização da terapia; desinteresse de fazer uso de medicamentos; e contra indicação médica em casos de câncer no histórico familiar [13].

O número de adeptas da atividade física e dieta balanceada são poucas [14], 52% das mulheres não fazem nenhum tipo de método alternativo como exercício físico ou dieta balanceada para prevenir os sintomas da menopausa; 24% procuram ter bons hábitos alimentares como introdução de frutas e verduras na sua dieta; 8% fazem caminhadas esporadicamente; 8% fazem caminhadas regularmente e geralmente tem bons hábitos alimentares; 4% realizam caminhadas regularmente; e outros 4% participam de um grupo de dança, procuram ter bons hábitos alimentares e fazem uma terapêutica com Florais de Bar conforme Figura 4.

Figura 4 - Percentual de mulheres que realizam algum método alternativo para prevenir sintomas da menopausa.


não faz nenhum método alternativo
tem bons hábitos alimentares
faz caminhada esporadicamente
faz caminhada diariamente e tem bons hábitos alimentares
faz caminhada regularmente
participa de grupo de dança e tem bons hábitos alimentares

O não seguimento de uma dieta balanceada com frutas, verduras, cereais, carboidratos, proteínas e líquidos implica na aptidão física das mulheres, contribui para o aparecimento de doenças e conseqüentemente risco de menor expectativa de vida [15].

Para Tamayo [16] a inatividade física representa uma causa importante de debilidade, de reduzida qualidade de vida e morte antecipadamente na atual sociedade.

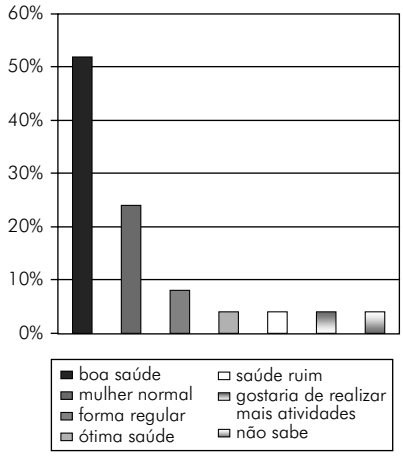
As mulheres que não apresentam nenhum tipo de patologia e não fazem uso de nenhuma medicação correspondem a 20%; sendo que 80% das mulheres entrevistadas apresentam algum tipo de patologia: 24% apresentam hipertensão; 12% diabetes; e 8% depressão; e as patologias individuais relatadas são várias: hérnia de disco, espinha bífida, bico de papagaio, escoliose, síndrome do carpo, tendinite, hipertireoidismo, hipotireoidismo, reumatismo, osteoporose, arritmia cardíaca e retocolite. É importante salientar que estas patologias não estão necessariamente relacionadas diretamente com o período menopausal. O número de adeptas a medicações também são importantes, 76% fazem uso de medicações como antidepressivos, diuréticos, beta-bloqueadores e hipoglicemiantes. Outras medicações individuais utilizadas são: insulina (hormônio pancreático), outros medicamentos anticoagulantes, antipsicótico, analgésicos, repositores hormonais sexuais e tireoidianos.

Parece existir carência de conhecimento quanto aos riscos e benefícios da terapia hormonal, tanto pe-

los médicos como pelas mulheres. Em pesquisa com médicos nos Estados Unidos [5], encontrou-se que a causa de consulta mais freqüentemente relatada por suas clientes foram questões relacionadas à menopausa e ao seu tratamento, e a preocupação mais constante era como tratar esses problemas, em especial os sintomas climatéricos. A seguir, vinham as dúvidas quanto à terapia hormonal. Ainda nessa pesquisa, quando se perguntou aos médicos sobre fitoterápicos, 78% responderam sentirem-se confortáveis em prescrevê-los. A falsa percepção de que medicamentos naturais são inofensivos assim como o desconhecimento da falta de eficácia dos mesmos contribuíram para que muitos médicos optassem por essa terapêutica.

Ao perguntar como se vê diante da sociedade neste período, 52% responderam que bem e com boa saúde; 24% como uma mulher normal; 8% de forma regular devido ao número de doenças apresentadas; 4% com uma saúde ótima; 4% com uma saúde ruim; 4% como uma mulher que gostaria de realizar mais atividades, mas não consegue devido às doenças apresentadas; e 4% não sabem. Os dados estão apresentados na Figura 5.

Figura 5 - O olhar da mulher diante da sociedade.



Conclusão

Com este estudo concluímos que as mulheres climatéricas apresentam interferência nos aspectos físicos, psíquicos e sociais de sua vida, pois sintomas característicos da menopausa, além de afetar sua saúde, contribuem para o conflito de relações interpessoais. O fato da maioria das participantes ser do lar, ter preocupação com a família e não realizar uma atividade saudável favorece o desenvolvimento de distúrbios psíquicos como a depressão devido à rotina diária.

A pesquisa identificou que a maioria das mulheres conhecia o "calorão" como sintoma mais popular na menopausa. Porém, revelou que as demais manifestações clínicas eram desconhecidas pelas mesmas, sendo que muitas só se deram conta que apresentava algum sintoma depois de responder a entrevista.

Referências

1. Bellusci DGP. Programa de saúde da família. São Paulo: Lawbook; 2003. p. 24.
2. Bern NIO, Luz MH, Kohlrausch SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. Rev Bras Enferm 2007;60:299-306.
3. Lüdke M, Marli ED, Andre A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986. p.32.
4. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. Psicol Reflex Crit 2004;17:177-87.
5. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. Rev Assoc Med Bras 2008;54:299-304.
6. Soares CN, Almeida OP. Associação entre depressão na perimenopausa e níveis séricos de estradiol e hormônio folículo-estimulante. Rev Bras Psiquiatr 2000;22:17-21.
7. Mendonca EAP. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. Ciênc Saúde Coletiva 2004;9:751-62.
8. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. Rev Saúde Pública 2003;37:735-42.
9. Raskin DBF, Pinto-Neto AM, Paiva LHSC, Raskin A, Martinez EZ. Fatores associados à obesidade e ao padrão andróide de distribuição da gordura corporal em mulheres climatéricas. Rev Bras Ginecol Obstet 2000;22:435-41.
10. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. Rev Saúde Pública 2002;36:484-90.
11. Smeltzer S, Bare B. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1466.
12. Resolução COFEN-272/2002. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. [citado 2008 Nov 7]. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br
13. Lima-Junior JAT, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Pedro AO. Variação da pressão arterial em usuárias de terapia de reposição hormonal. Rev Bras Ginecol. Obstet 2000; 22:287-92.
14. De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. Rev Assoc Med Bras 2006;52:312-7.
15. Montilla RNG, Marucci MFN, Aldrighi JM. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. Rev Assoc Med Bras 2003;49:91-5.
16. Tamayo A, Campos APM, Matos DR, Mendes GR, Santos JB, Carvalho NT. A influência da atividade física regular sobre o autoconceito. Estud Psicol (Natal) 2001; 6:157-65.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Revisão

Qualidade de vida da mulher com câncer de mama

Kátia Melissa Padilha, M.Sc.*; Carolina Pessoni**, Daniela Cervan Gomes**, Juliane Almeida da Silva**, Rosangela Ferreira da Silva**, Rosangela Helena M. Barros**

*Professora da Universidade Paulista de Campinas,**Alunas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Paulista

Resumo

Introdução: O câncer altera inúmeros aspectos no modo de vida do indivíduo. *Objetivos:* Realizar uma revisão sistemática de publicações científicas relacionadas a neoplasias mamárias, mastectomia e qualidade de vida; avaliar as relações existentes entre as mesmas. *Material e método*: Pesquisa sobre a produção científica em periódicos indexados nos bancos de dados Lilacs e Medline, no período 2000-2005. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário dividido em: identificação do artigo; delineamento metodológico do estudo, qualidade de vida. A amostra foi de 42 artigos e 01 dissertação. *Resultados:* Apontam que a maior parte dos estudos apresentava deficiência de rigor metodológico na mensuração da qualidade de vida e, além disso, não mencionou estratégias e condutas para melhoria da mesma. *Conclusão***:** Os trabalhos permitem identificar e direcionar para a construção de novos projetos de pesquisa.

Palavras-chave: qualidade de vida, neoplasias mamárias, mastectomia.

Abstract

Quality of life of woman with breast cancer

Introduction: The cancer changes the way of the individual life in many aspects. *Aims:* To carry out a systematic literature review related to breast neoplasm, mastectomy and quality of life and to evaluate the relationship among each others. *Methods:* Study about the literature published in journals indexed in Lilacs and Medline databases from 2000 to 2005. It was used a questionnaire, divided as follows: identification of the article, design method and quality of life. The sample was comprised of 42 articles and 1 dissertation. *Results:* The results showed that most of the articles lacked consistency and methodological rigor in measuring quality of life among patients with mastectomy. Also, they did not mention strategies and behaviors for improving quality of life. *Conclusion:* The systematic review allows to identify and to give direction for new research projects.

Key-words: quality of life, breast neoplasm, mastectomy.

Artigo recebido em 9 de abril de 2008; aceito em 8 de setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Rosangela Helena Maximino Barros, Rua Ezequiel Foga, 51 Parque São Martinho 13040-709 Campinas SP, Tel: (19) 3032-9523, Email: rhmax@hotmail.com

Resumen

Calidad de vida de la mujer con cáncer de mama

Introducción: El cáncer altera el modo de vida del individuo. *Objetivo*: Realizar una revisión sistemática de publicaciones científicas acerca del tema neoplasias mamarias, mastectomía y calidad de vida y evaluar las relaciones existentes entre ellas. *Objetivos:* Realizar una revisión sistemática de publicaciones científicas existentes en periódicos indexados en los bancos de dados Lilacs y Medline en el período de 2000 al 2005. Para la recogida de datos fue utilizado un cuestionario, dividido en: identificación de artículos; delineamento metodológico del estudio; y calidad de vida. La muestra fue de 42 artículos y 01 disertación. *Resultados:* Apuntan que la mayor parte de los artículos presentaba inconsistencias y falta de rigor metodológico en la mensuración de la calidad de vida. Se verificó que la totalidad de los estudios no mencionaron estrategias y conductas para la mejoría en la calidad de vida de pacientes con mastectomía. *Conclusión:* Los estudios permiten identificar y orientar la elaboración de nuevos proyectos de investigación.

Palabras-clave: calidad de vida, neoplasias de la mama, mastectomía.

Introdução

O câncer, de modo geral, altera todos os aspectos da vida do indivíduo e pode levar a profundas alterações no modo de viver. O sujeito, mesmo que estabilizado clinicamente, convive com a necessidade de acompanhamento regular e sob a contínua possibilidade de uma recidiva ou metástase [1].

O caráter mutilador do procedimento cirúrgico, aliado aos sintomas relacionados à quimioterapia, radioterapia e a hormonioterapia, favorecem o surgimento de muitas questões na vida das pacientes, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal, e conseqüentemente, às alterações em sua qualidade de vida [2-4].

O *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group) da Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" [5,6].

Atualmente, devido à semelhança dos estudos desenvolvidos, alguns autores recomendam uma avaliação com critérios de qualidade e agrupados numa revisão sistemática e metanálise, o que garante inclusive uma maior confiabilidade e validade do resultado, garantindo uma informação de melhor qualidade [7-9].

Este estudo teve como objetivos realizar uma revisão sistemática de publicações científicas acerca do tema neoplasias mamárias, mastectomia e qualidade de vida; e avaliar as relações existentes entre as mesmas.

Material e métodos

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de revisão sistemática da literatura, reunindo os artigos em uma análise estatística, a metanálise. Por sintetizar estudos primários semelhantes, e de boa qualidade, é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre intervenções [8,9].

Coleta de dados

A estratégia metodológica aplicada neste estudo propõe a utilização de alguns elementos básicos para uma revisão sistemática consistente: especificação do objeto, da estratégia de busca, definição dos critérios de inclusão e exclusão, aplicação de um questionário para avaliação qualitativa dos estudos [10].

Levantamento bibliográfico

A identificação de artigos se deu por meio de busca bibliográfica em bancos de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e no National Library of Medicine (Medline). Os descritores utilizados foram: qualidade de vida, neoplasias mamárias e mastectomia; e seus equivalentes em inglês e espanhol: *quality of life, mastectomy, breast cancer, calidad de vida, mastectomía* e *neoplasias mamarias.*

Critérios de inclusão/exclusão dos artigos

Critérios de inclusão: artigos originais de pesquisa, e dissertações e teses relacionadas, entre 2000 e

2005; critérios de exclusão: artigos originais que envolvessem editoriais e relatos de caso, relativos à descrição de técnicas cirúrgicas, artigos de revisão bibliográfica.

Questionário para avaliação dos estudos

O Questionário de Avaliação Qualitativa (QAQ) é composto por três itens: identificação do artigo, delineamento metodológico do estudo, qualidade de vida [10].

Resultados e discussão

Foram localizados 59 artigos. A leitura dos resumos resultou na seleção final de 42 artigos e 01 dissertação, totalizando 43 produções científicas.

Quanto ao ano de publicação dos artigos, observa-se que a maioria dos estudos foram publicados no ano de 2001 (Gráfico1).

Gráfico 1 - Distribuição dos resumos sobre qualidade de vida de pacientes mastectomizada, de acordo com ano de publicação. Campinas, 2006.

Em relação ao país onde foi realizado o estudo, os Estados Unidos da América (EUA) realizaram a maioria (10/43), seguido pelos países Europeus onde, juntos, foram responsáveis por 41,86% das publicações. A produção científica nacional é responsável por apenas cinco dos 43 estudos pesquisados (Tabela I).

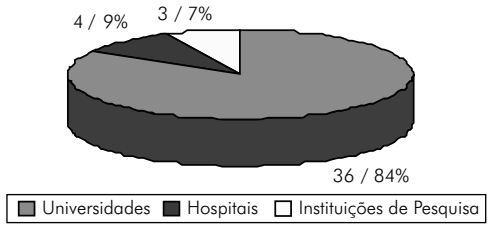
Tabela I - Distribuição dos estudos sobre QV de pacientes mastectomizada, de acordo com os países onde foram realizados os estudos. Campinas, 2006.

País do estudo	n º de publicações	%
Países Europeus	18	41,86
EUA	10	23,25
Brasil	05	11,63
Oceania	05	11,63
Países da América Central	03	6,98
Outros países da América do Sul	02	4,65
Total	43	100

Um fator importante a ser considerado é que muitos instrumentos utilizados para mensurar qualidade de vida foram desenvolvidos nos Estados Unidos, sendo, portanto, aplicados mais facilmente em países de língua inglesa [11,12].

Quando considerado as instituições envolvidas no desenvolvimento dos estudos, 84% dos artigos foram promovidos por universidades, sendo todos realizados em hospitais. Apenas quatro estudos (9%) foram realizados por instituições hospitalares, e os restantes foram promovidos por instituições de pesquisa (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos resumos sobre qualidade de vida de pacientes mastectomizada, de acordo com as instituições envolvidas no desenvolvimento. Campinas, 2006.



No que diz respeito à especialidade dos periódicos em que foram publicados os artigos selecionados, verificou-se que em 44,19% estavam relacionados à oncologia (Tabela II). Vale destacar que um dos trabalhos pesquisados trata-se de dissertação, portanto não foi incluído na categorização por especialidade, justificando o total de 42 periódicos distribuídos na Tabela II. No item "outros" foram agrupados as especialidades que foram citadas apenas duas ou uma vez, como, por exemplo, periódico de educação, ginecologia e radiologia.

Tabela II - Distribuição dos estudos sobre QV de pacientes mastectomizada, de acordo com a especialidade dos periódicos. Campinas, 2006.

Especialidade	n º de publicações	%
Oncologia	19	45,24
Cirurgia geral	04	9,52
Enfermagem	04	9,52
Qualidade de vida	03	7,14
Cirurgia plástica	03	7,14
Outros	09	21,43
Total	42	100

Características metodológicas do estudo

No que se refere ao delineamento dos estudos, 23,26% (10/43) tratava-se de estudo comparativo, 18,61% (08/43) realizaram estudos randomizados e com coorte prospectiva e em 9,31 % dos casos foram realizados estudos concomitantes (Tabela III).

Os estudos que investigaram a QV usando estudos comparativos relacionaram os métodos de procedimentos cirúrgicos e as terapias adjuvantes, ou seja, a quimioterapia e a radioterapia. A metodologia empregada nos estudos, com delineamento do tipo coorte prospectivo, vai ao encontro das recomendações da literatura para estudos envolvendo qualidade de vida, pois em estudos de coorte prospectivo pode-se envolver com maior especificidade a questão da qualidade de vida da população estudada [10]. Considerando a neoplasia mamária, há descrito na literatura que, na evolução da doença, há grande risco de metástase [13].

Tabela III - Distribuição dos estudos sobre qualidade de vida de pacientes mastectomizada, segundo o tipo de estudo realizado. Campinas, 2006.

Delineamento do estudo	Nº de publicações	%
Estudos observacionais		
- Estudos de coorte prospectivo	08	18,61
- Estudos de coorte retrospectivo	07	16,26
- Estudos transversais	06	13,95
Estudos experimentais		
- Estudos randomizados	08	18,61
- Estudo comparativo	10	23,26
Estudos observacionais + experimentais		
Estudo de coorte + comparativo	04	9,31
Total	43	100

Quanto ao método estatístico empregado, observou-se a utilização de mais de um método na maioria dos estudos. Metade dos estudos utilizou medidas não-paramétricas, como os coeficientes de correlação de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Teste de Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher (55,81% ou 24/43). Medidas paramétricas, como freqüência, medidas de posição e dispersão, foram aplicadas em 51,16% (22/43) dos estudos, a Análise de Variância foi aplicada em três estudos. O alfa de Cronbach foi aplicado em apenas um estudo, referente à avaliação da confiabilidade.

Os métodos estatísticos empregados são os propostos na literatura [8,14], no entanto, a literatura recomenda a avaliação da confiabilidade e da validade dos instrumentos na população estudada, mesmo que este instrumento já tenha sido validado em outras populações [8,15,16].

Qualidade de Vida - QV

No que se refere à utilização de instrumento para avaliação de QV, 74,42% (32/43) dos trabalhos utilizaram instrumentos para avaliação da QV na população estudada e 11 estudos avaliaram a QV de maneira subjetiva.

Dos 32 trabalhos analisados que utilizaram alguns instrumentos de QV, 27 (62,79%) avaliaram a qualidade de vida aplicando instrumentos já validados, e cinco construíram e validaram um novo instrumento de medida (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos tipos de intrumentos para mensuração da qualidade de vida aplicados nos estudos analisados. Campinas, 2006.

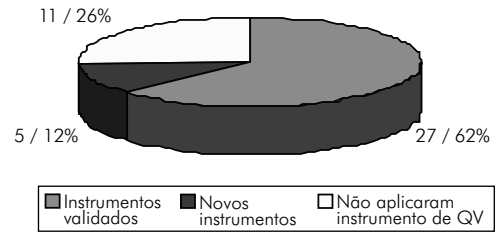


Tabela IV - Descrição dos instrumentos de qualidade de vida aplicados nos estudos analisados. Campinas, 2006.

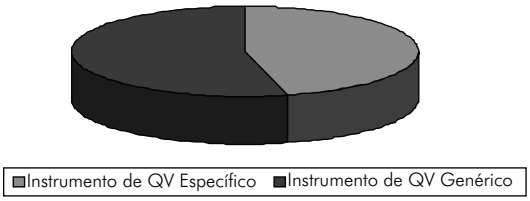
Instrumentos de Qualidade de Vida	nº
European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire - EORTIC – QLQ C 30	11
Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey - SF 36	05
Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast – FACT-B	05
Short Form McGill Pain Questionnaire – MPQ-SF	02
Quality of Life Scale – QOLS	01
Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire – QLQ BR-23	01
Life Satisfaction Questionnaire - LSQ	01
Quality of Life Index – IQV	01

Instrumentos de Qualidade de Vida	nº
Health-Related-Quality of Life – HRQL	01
Body Image After Breast Cancer Questionnaire – BIBCQ	01
Breast Cancer Treatment Outcome Scale – BCTOS	01
RAND 36-item Health Survey – RAND-36	01

A Tabela IV lista os 13 instrumentos de mensuração de QV utilizados nos estudos pesquisados. Todavia, alguns estudos utilizaram mais de um instrumento.

Ainda considerando os instrumentos de qualidade de vida, ou seja, 13 instrumentos, praticamente metade dos instrumentos aplicados (46,15% ou 06/13) eram específicos para a população estudada, abordavam a qualidade de vida do paciente com câncer e 53,85% (07/13) eram genéricos, avaliando a qualidade de vida geral (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos 13 instrumentos QV. Campinas, 2006.



O instrumento mais utilizado para mensuração da QV foi o *European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire* – EORTIC – QLQ C 30 [17,18].

Quando avaliado a QV, notou-se maior escore de QV relacionado à dor, à imagem corporal e a fatores psicológicos, à diminuição da vitalidade, às alterações no âmbito psicológico, à diminuição da capacidade física, à dificuldade nas relações humanas, também, relacionado à sua autonomia, à espiritualidade, à sexualidade, à dificuldade de concentração.

Conclusão

Pode-se concluir que os trabalhos de revisão sistemática podem permitir identificar e direcionar a construção de novos projetos de pesquisa.

Este estudo evidenciou um crescimento importante da produção cientifica sobre o tema, nos últimos seis anos. No entanto, a maior parte dos estudos selecionados apresentava inconsistências e falta de rigor metodológico na mensuração da QV nessas pacientes. Além disso, verificou-se que quase a totalidade dos estudos não mencionou estratégias e condutas voltadas a melhoria da qualidade de vida. Espera-se, ainda, despertar o interesse dos profissionais da área da saúde, para incluir essa relevante temática nos projetos de pesquisa brasileiros, buscando, especialmente, as intervenções com objetivo de melhor a qualidade de vida desta população.

Referências

1. Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(3):299-304.
2. Geiger AM, West CN, Nekhlyudov L, Herrinton LJ, Liu IL, Altschuler A et al. Contentment with quality of life among breast cancer survivors with and without contralateral prophylactic mastectomy. J Clin Oncol 2006;24(9):1350-6.
3. Ishiyama H, Niino K, Hosoya T, Hayakawa K. Results of a questionnaire survey for symptom of late complications caused by radiotherapy in breast conserving therapy. Breast Cancer 2006;13(2):197-201.
4. Michelone APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(6):875-83.
5. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Special Issue "Quality of Life". Soc Sci Med 1995;10(14):3-9.
6. Cella DF, Tulsky DS. Measuring the quality of life today: methodological aspects. Oncology 1990;4(5):29-38.
7. Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 365p.
8. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. 2a.ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. 374p.
9. Atallah AN, Castro AA. Evidências para melhores decisões clínicas. São Paulo: Lemos; 1998.
10. Moreno AB, Lopes CS. Avaliação da qualidade de vida em pacientes laringectomizados: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública 2002;18(1):81-92.
11. Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, GirE, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. Rev Latinoam Enfermagem 2004;12(6):940-5.
12. Kimura M. Tradução para o português e validação do "Quality of Life Index" de Ferrans e Powers [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
13. Inca - Instituto Nacional do Câncer, 2005. [citado 2006 Abr 09]. Disponível em URL: http://www.inca.gov.br.
14. Franco LJ, Passos ADC. Fundamentos de epidemiologia. Barueri: Manole; 2005.
15. Pasquali L. Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; 1999. 306p
16. Strainer DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 2nd ed. New York: Oxford University Express; 2001.
17. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciên Saúde Coletiva 2000;5(1):7-18.
18. Conde DM, Neto AMP, Júnior RF, Aldrigh JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet 2006;28(3):195-204.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Revisão

Transmissão vertical da doença de Chagas em gestantes

Penélope Sant'Ana Leal*, Francisca Neuma de Oliveira**

*Enfermeira do PSF - Prefeitura de Cotia,**Enfermeira Obstetra - Prefeitura de SP

Resumo

O presente estudo constitui-se de um referencial bibliográfico pautado no intuito de aprofundar o conhecimento sobre a transmissão da doença de Chagas congênita e investigar como tais alterações podem comprometer o concepto. Descreve pontos importantes com relação às formas de transmissão, notando-se que a transmissão vertical da doença de Chagas é atualmente a via mais importante na sua propagação. Porém, o problema é muitas vezes subestimado, o que torna importante a verificação da existência de alterações fisiológicas na gestante chagásica, relacionada à idade gestacional. Conclui destacando o importante papel do enfermeiro diante desta doença e os instrumentos que as enfermeiras obstetras utilizam para que sejam capazes de intervir nesta realidade em uma perspectiva transformadora.

Palavras-chave: doença de Chagas, transmissão vertical de doença, trypanosoma cruzi, fatores de risco, enfermagem.

Abstract

Vertical transmission of Chagas disease in pregnant women

The present study consists of a literature review aiming to intensify knowledge on congenital Chagas' transmission disease and to investigate how such alterations can cause damage to the child. It describes important points with regard to the way of transmission, observing that the vertical transmission of Chagas disease is nowadays the most important way to spread the disease. However, the problem is underestimated, which makes evident that the pregnant with Chagas disease should be examined in order to detect physiological alterations related to gestational age. It was concluded the importance of nurse's role facing this disease and instruments used by obstetric nurses which enable to intervene in this reality with new perspectives.

Key-words: Chagas disease, vertical transmission of disease, trypanosoma cruzi, risk factors, nursing.

Artigo recebido em 16 de fevereiro de 2009; aceito em 15 de novembro de 2009.
Endereço para correspondência: Francisca Neuma de Oliveira, Rua Uchôa, 157, 06343-550 Carapicuíba SP, Tel: (11) 4146-3060, E-mail: oliveira_neuma@yahoo.com.br, f_legal@yahoo.com.br

Resumen

Transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en gestantes

El presente estudio se constituye de una referencia bibliográfica con en el objetivo de profundizar el conocimiento sobre la trasmisión congénita de la enfermedad de Chagas e investigar cómo tales alteraciones pueden comprometer el concepto. Describe puntos importantes con respecto a las formas de transmisión, y se observa que la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas es actualmente la vía más importante para su propagación. Sin embargo, el problema es muchas veces subestimado, y se torna importante la verificación de la existencia de alteraciones fisiológicas en la gestante con la enfermedad de Chagas, relacionada a la edad gestacional. Concluye destacando el importante papel del enfermero delante de esta enfermedad y los instrumentos que las enfermeras obstetras utilizan para poder intervenir en esta realidad con una perspectiva transformadora.

Palabras-clave: enfermedad de Chagas, transmisión vertical de enfermedad, trypanosoma cruzi, factores de riesgo, enfermería.

Introdução

Sabe-se que a partir da década de 80, a transmissão vetorial da doença de Chagas vem perdendo a sua importância, pois os programas de controle do vetor tornaram-se efetivos e com ampla cobertura, fazendo com que os casos agudos praticamente desaparecessem [1].

No Brasil, entretanto, Pinotti [1] cita que a eliminação do principal vetor e o controle da transmissão transfusional faz com que a via vertical, e entende-se por esta, a via em que a transmissão se dá de mãe para filho, seja considerada como a principal forma de transmissão da infecção chagásica.

Com isso, a transmissão da doença de Chagas em gestantes leva tal gestação a ser considerada de alto risco, apresentando maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para a mãe quanto para o bebê [2].

Daí a importância da realização adequada do pré-natal, através de uma equipe multidisciplinar, em que se devem tomar todas as providências cabíveis, não só com relação aos exames, mas também através das orientações prestadas a estas mães [3].

Já com relação à vacinação, o que Dias [4] menciona é que não há ainda uma vacina específica para prevenir tal doença, porém, muitos cientistas tem se esforçado bastante para desenvolvê-la, contudo, intensificam a orientação de combate ao vetor, na expectativa de controlar ou eliminar a doença em meio rural.

Diniz e Vaz [5] insistem também no que se refere à educação em saúde, de modo a capacitar o indivíduo, levando-o a assumir melhor seu tratamento, evitando complicações desnecessárias, diminuindo seqüelas e melhorando sua inserção social e familiar.

Tal papel é desempenhado principalmente pela enfermagem, conforme cita Alonso [6], mas nada impede que outros profissionais da saúde o façam.

Diante do exposto, a experiência concreta leva-nos a identificar a necessidade de conhecer os determinantes do processo saúde-doença da mulher grávida portadora da doença de Chagas, aprofundar o conhecimento sobre a transmissão congênita, buscando instrumentos teóricos e práticos para que as enfermeiras obstetras sejam capazes de intervir nesta realidade em uma perspectiva transformadora. E, de uma forma mais específica, avaliar a contaminação vertical da doença de Chagas em gestantes chagásicas, correlacionando-as à idade gestacional; investigar como tais alterações podem comprometer o concepto; e, ainda, contribuir como referencial teórico para estudos com o tema em questão.

Material e método

Considerando que a presente pesquisa teve o objetivo de analisar e buscar respostas referentes à doença de Chagas congênita, procurou-se através de uma revisão bibliográfica atingir os objetivos propostos.

Resultados e discussão

A mulher na gravidez

A reprodução é uma função normal do organismo humano e ainda, uma questão de relevante importância, devido à tarefa que a sociedade vem impondo à mulher nos últimos trinta anos [7].

O processo de reprodução humana inicia-se com o encontro em uma das tubas, do óvulo (célula reprodutora feminina), com o espermatozóide (cé-

lula reprodutora masculina), sendo que o processo reprodutivo envolve atividade sexual, período gestacional, parto, puerpério, amamentação e cuidados com a criança [7].

Pinotti [1] explica que a ausência da menstruação é um sinal de gravidez. Como o ovário continua produzindo o hormônio progesterona, a película interna do útero chamada endométrio, que deveria ser eliminada na menstruação, permanece neste local, desempenhando importante papel no desenvolvimento do embrião. E ainda, a existência do Hormônio Gonadotrofina Coriônica (HCG) no sangue ou na urina também indica a ocorrência de fertilização.

Observa-se que a gestação é um período em que ocorrem inúmeras modificações fisiológicas adequando o organismo materno às exigências de formação e desenvolvimento fetal, por esta e outras razões faz-se necessário o acompanhamento da gestante através do atendimento pré-natal [8].

Vale ressaltar que estas alterações podem ser: alterações bioquímicas e metabólicas, alterações hemodinâmicas em que ocorre um aumento do volume plasmático e da freqüência cardíaca, alterações dos sistemas urinário, respiratório e digestivo, além das alterações hematológicas, dermatológicas e ósteo-articular [8].

Assim, a assistência pré-natal visa assegurar que cada gestação culmine no parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos à saúde da mãe e em prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo os fatores sócio-econômicos e emocionais, bem como os médicos e/ou obstétricos. E ainda, instituir a paciente no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, ao parto em si, ao atendimento do recém-nascido e aos meios que ela pode valer para melhorar sua saúde [8].

Durante o período gestacional, qualquer problema pode ser duplamente prejudicial, afetando tanto a mãe quanto o bebê. Neste contexto insere-se a questão referente ao controle da transmissão congênita da doença de Chagas o que requer adequação no atendimento clínico para a gestante e para o feto [1].

Pinotti [1] revela que muitas mulheres ignoram todas as soluções propostas através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); e, no caso específico da saúde reprodutiva da população, deixam de lado a posição consolidada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A intenção deste programa é buscar caminhos para expandir e aprimorar a assistência à saúde das mulheres, de modo a ampliar e melhorar a qualidade do atendimento ginecológico. Além da assistência ao parto, informações sobre o uso de contraceptivos, a prevenção e controle da Aids e doenças sexualmente transmissíveis, o diagnóstico precoce do câncer da mama e do útero, também acompanha questões polêmicas, como a prática exagerada de cesarianas e o aborto [1].

Assim sendo, é oportuno mencionar que a transmissão vertical da doença de Chagas em gestantes é hoje a via mais importante na propagação da referida doença, sendo que a probabilidade varia entre 0,5 e 8% e o precário conhecimento sobre a mesma, permite negligência do problema [1].

Gestação de alto risco

Cerca de 90% das gestações são normais. Entretanto, aproximadamente 10% podem não ter uma evolução satisfatória, por terem características específicas ou por sofrerem algum agravo e, com isso, apresentar maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Esta parcela constitui o grupo chamado de gestantes de alto risco [2].

Uma gravidez de alto risco é aquela em que o risco de doença ou de morte, antes ou depois do parto, é maior do que o habitual, tanto para a mãe como para o bebê [9]. Fatores como as condições de saúde da mãe, problemas na gravidez e no feto, por exemplo, sangramentos, incompatibilidade do sistema Rh e má formação e, ainda, acompanhamento ineficiente durante o pré-natal, podem contribuir para a ocorrência de nascimentos prematuros, recém-nascidos com baixo peso e infecções. Lembrando que alguns fatores de risco estão presentes antes mesmo de a mulher engravidar, enquanto outros se desenvolvem durante a gravidez [1].

O diagnóstico das mães chagásicas deve ser feito através da realização de pelo menos duas reações sorológicas em caráter de rotina, pelo menos, nos locais onde a freqüência de transmissão congênita é superior a 0,5% entre as gestantes em geral, como acontece, por exemplo, na Bolívia e no Paraguai [3].

De qualquer forma, as mães chagásicas devem ser detectadas no pré-natal, permitindo que seus filhos possam ser diagnosticados o mais cedo possível e assim possam receber o tratamento adequado [3].

Doença de Chagas – retrospectiva histórica

Do ponto de vista global, a doença de Chagas foi uma das mais completas e bem sucedidas descobertas, pois, um mesmo pesquisador descobriu a doença, seu agente etiológico, o vetor, os reservatórios domésticos e silvestres e os animais de laboratório suscetíveis à infecção [10]. Sua descoberta se deu em 1909, pelo médico brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, sendo que, foi vista como problema somente após a década de 60 [3].

Carlos Chagas, assistente do Dr. Oswaldo Cruz − diretor do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) −, no Rio de Janeiro, foi designado para controlar a malária entre os trabalhadores de uma estrada de ferro, no norte de Minas Gerais conforme relata Moreno [10]. Além de cuidar dos doentes, Chagas também pesquisava os mosquitos e hábitos dos animais silvestres da região, com isso, encontrou no sangue de um pequeno macaco comum na região um tripanossomo. Estudando os intestinos deste inseto, verificou a presença de inúmeros flagelados da ordem Kinetoplastida, da família Trypanosomatidae, caracterizado pela presença de um flagelo e uma única mitocôndria. Os insetos infectados com os flagelos foram mandados para o IOC, no RJ, ao Dr. Oswaldo Cruz e foram usados para sugar o sangue de macacos de laboratórios, livres de qualquer doença. Três semanas depois, foram verificados tripanossomos no sangue destes macacos [10].

Tal espécie recebeu o nome de *Trypanosoma cruzi* em homenagem a Oswaldo Cruz. Já o termo doença de Chagas vem de uma homenagem feita ao cientista Carlos Chagas no ano de 1935, ou seja, um ano após sua morte, através de seu filho Evandro Chagas em um congresso na Argentina [10].

Sabendo-se que a distribuição da doença de Chagas é exclusiva do hemisfério Americano, estima-se que em território brasileiro haja de 3 a 5 milhões de infectados e cerca de 50 mil morrem a cada ano [10].

As áreas endêmicas remanescentes da doença de Chagas no Brasil são as mais pobres e isoladas, com menor produtividade e vivendas mais precárias, particularmente no Nordeste, cujo contexto social e econômico das sub-regiões endêmicas tem permanecido estagnado e em estado de elevada pobreza [4].

É importante ressaltar que em 2001, Minas Gerais recebeu o certificado da OMS/OPAS, de erradicação do *Triatoma infestans*, vetor da doença, que por ser domiciliado foi o principal responsável pela expansão da endemia. Isso somente foi possível, segundo Andrade [11], devido à implantação de programas de controle do vetor de forma efetiva e abrangente, a partir da década de 80. Com isso, vem desaparecendo os casos agudos, transmitidos por esta via, em todo o país.

Com a eliminação do principal vetor e o controle da transmissão transfusional, outros mecanismos de transmissão da doença de Chagas são colocados em evidência e, no momento, a via vertical (mãe-filho), no Brasil, passou a ser considerada a principal forma de transmissão da infecção chagásica [11].

Transmissão e diagnóstico da doença de Chagas

Como vem sendo discutido, a doença de Chagas é uma endemia, ou seja, uma doença infecciosa causada por um parasito que ocorre habitualmente e com incidência significativa em uma dada população. É também chamada de Tripanossomíase americana, uma vez que existe uma outra entidade chamada de Tripanossomíase africana, a doença do Sono [10].

A tripanossomíase americana pode ser transmitida ao homem por via vetorial - contato direto com as fezes do vetor contaminadas com o protozoário, transfusão de sangue e via transplacentária. Outros mecanismos são considerados ocasionais: transplantes de órgãos, acidentes de laboratório e via oral [11].

Pode-se fazer uma suspeita se uma pessoa é chagásica, caso ela tenha tido contato com vetores e apresente sintomatologia. Entretanto, para se ter certeza, exames especiais são necessários, de acordo com cada fase da doença [4].

A doença de Chagas pode apresentar-se em três formas segundo Dias [4], na fase aguda ou fase inicial, há milhões de tripanossomos circulando no sangue, o que permite o diagnóstico através de uma gotinha de sangue analisada ao microscópio, podendo-se visualizar diretamente o *Trypanosoma cruzi*. Forma crônica indeterminada e crônica sintomática ou fase tardia, em que o número de tripanossomos no sangue está muito reduzido e por esta razão, lançam-se mão do método de reação sorológica, em que são realizadas no soro obtido no sangue do doente e verificam-se a presença de partículas que o organismo fabrica contra o *Trypanosoma cruzi*, denominadas anticorpos. Outras reações como "*imonofluorescência*" de "*hemagluti-*

nação" estão hoje muito difundidas e podem ser feitas tanto a partir de sangue tirado da veia, como em pequenas gotas retiradas por picada na ponta do dedo e colhidas em tiras de papel de filtro. Em todas estas formas podem existir parasitos no sangue (parasitemia), o que explica a possibilidade de ocorrer transmissão congênita. Contudo, o maior risco de transmissão da doença é na fase aguda justamente pelo fato de nela a parasitemia ser mais intensa e persistente [3].

A fase aguda, quando aparente, também é caracterizada por uma miocardite que, na maioria das vezes, somente é traduzível eletrocardiograficamente. As manifestações gerais são: febre (pouco elevada), mal-estar geral, cefaléia, astenia, hiporexia, edema, hipertrofia de linfonodos, hepatoesplenomegalia, meningoencefalite (rara) [12].

Na forma crônica, os sinais clínicos são a hepatoesplenomegalia, presente em todos os casos, icterícia, equimoses e convulsões decorrentes da hipoglicemia. Não existe relato de ocorrência de febre [12].

Faz-se importante saber que durante a gravidez ocorre depressão transitória da imunidade, objetivando a não rejeição do feto, podendo levar, a uma maior suscetibilidade à infecção. Estudos mostram que a grávida coinfectada com HIV apresenta risco aumentado de transmissão congênita do *Trypanosoma cruzi*, com maior morbidade e mortalidade peri-natal [11].

A doença de Chagas transmitida de mãe para filho através da placenta pode causar abortamentos, prematuridade, natimortos, e ainda levar a uma restrição do crescimento intra-uterino, morte intra-uterina, malformações e manifestações clínicas da doença ao nascer [3].

A prevalência da infecção chagásica em gestantes varia de 2 a 51% em áreas urbanas e de 23 a 81% nas áreas rurais da América Latina. No Brasil esta prevalência varia entre 0,3 e 33%, sendo que em Minas Gerais, de posse da análise de 18.443 amostras de sangue do Programa de Triagem Neonatal encontraram taxa de 1% de puérperas chagásicas [11]. O mesmo autor diz:

> "... Ao que se refere à taxa de transmissão, no Brasil há uma variação de 1 a 4% sendo que em Minas Gerais a taxa é de 1,7%. Pode-se estimar que das 240 chagásicas que dão a luz, estejam nascendo de três a quatro crianças com doença de Chagas todo mês. A infecção congênita pelo T. cruzi é um problema de saúde pública, nos países latinos americanos, pelo menos nos próximos 30 anos, quando se espera que o número de mulheres infectadas em idade fértil deverá reduzir significativamente [11]".

Pelo fato de não existir, atualmente, medidas que evitem a transmissão do parasito da gestante chagásica para seu filho conforme descreve Andrade [11], toda a estratégia de controle da infecção congênita deve ser centrada no diagnóstico precoce da infecção em recém-nascidos de mães infectadas e em tratamento específico imediato das crianças. Os altos índices de cura das crianças tratadas precocemente reforçam a necessidade desta intervenção.

Entretanto, não é aconselhável tratar a mãe chagásica no curso da gestação, a fim de evitar a transmissão congênita, como se faz na toxoplasmose aguda e na infecção sifílica, pois, não se podem monitorizar de forma adequada as possíveis complicações terapêuticas na vida intra-uterina [3].

Profilaxia e tratamento

Em se tratando de profilaxia, não há um medicamento específico e/ou uma vacina desenvolvida para tal doença [10].

> "Muito se tem falado sobre uma vacina contra o *Trypanosoma cruzi* e a doença de Chagas. Muitos cientistas, devotados e de renome, têm dado o melhor de seus esforços para a obtenção de uma vacina eficaz e destituída de efeitos indesejáveis. Alguns têm tido relativo sucesso e têm surgido possibilidades e esperanças. São ainda, entretanto, trabalhos preliminares, necessitando-se de tempo e paciência até que tais vacinas possam ser empregadas na proteção do homem. É preciso reconhecer que não se dispõe, hoje, de nenhuma vacina para uso imediato. Por isso mesmo não devem ser diminuídos os trabalhos de combate ao barbeiro, como por exemplo, a melhoria de habitação e o uso de inseticidas, que terminarão por controlar ou eliminar a transmissão da doença em meio rural [4]".

Já com relação ao tratamento, a medicação específica para a doença de Chagas é o Benzonidazol

sendo este mais efetivo na forma aguda da doença. Nas formas crônicas, o benefício é questionável, devendo-se tratar e acompanhar os sinais e sintomas associados [10].

Qualidade de vida da gestante chagásica e do feto

A saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. No entanto, existe uma dificuldade envolvendo o conceito de qualidade de vida no que diz respeito ao estabelecimento de padrões sobre os níveis de saúde, isto significa que além de aspectos objetivos, mensuráveis, deve-se obrigatoriamente incluir aspectos subjetivos que são individuais e mutáveis ao longo da vida de uma mesma pessoa [13].

Teles [14] complementa dizendo que a qualidade de vida pressupõe estar bem com si mesmo e com a vida, ou seja, estar equilibrado, devendo adotar hábitos saudáveis, cuidados com o corpo, atenção para a qualidade dos relacionamentos e tempo para lazer.

Dentro do contexto de uma vida saudável, a gestante de alto risco tem seus direitos aos cuidados especiais garantidos por lei. E deverão ser concentrados nela, mais esforços sociais, para que a mesma tenha uma boa gestação e um bebê saudável, sem comprometimento de sua saúde [12].

Para o recém-nascido o diagnóstico precoce da infecção por *Trypanosoma cruzi* é muito importante, uma vez que o tratamento específico, caso seja indicado rapidamente, pode resultar na cura, no melhor prognóstico ou ainda na prevenção do desenvolvimento de seqüelas [3].

Implicações para o concepto

A doença de Chagas por ser uma doença infecciosa pode causar comprometimento cardíaco, isto é, cardiopatia chagásica. E ainda, comprometer o aparelho digestivo – megaesôfago ou megacólon. Além de outras manifestações clínicas bastante raras, como a meningoencefalite chagásica [1].

As gestantes portadoras de quaisquer tipos de alterações cardiovasculares são consideradas gestantes de alto risco, assim como o concepto, conforme mencionado anteriormente. Por esta razão, a mulher deve ser acompanhada durante o período gestacional por uma equipe multiprofissional, o que inclui pediatra e psicólogo, sendo preciso que estejam todos preparados para eventuais necessidades de exames especializados ou condutas intervencionistas [2].

As possíveis causas de repercussões podem ocorrer devido à cardiopatia materna propriamente dita, o uso de drogas medicamentosas necessárias no controle da cardiopatia, eventual manobra cirúrgica durante o período gestacional, drogas anestésicas usadas durante o procedimento obstétrico, intercorrências cardíacas durante a gestação ou durante o trabalho de parto, ocorrência de efeitos negativos no fluxo uteroplacentário das gestantes cardiopatas que pode levar ao baixo fluxo sanguíneo na circulação placentária dificultando as trocas gasosas do oxigênio e a passagem dos nutrientes para o feto [2].

Em estudo realizado de 1972 a 1991 em que foram analisadas 56.849 gestantes, dessas 15,5% apresentavam sorologia positiva para Chagas e 1,4% más formações congênitas. Ao passo que em 84,5% das não chagásicas houve 3% com más formações, com isso evidenciou-se não existir relação entre mães com doença de Chagas e má formação fetal [15].

Contudo, as crianças acometidas de forma congênita podem ser classificadas em assintomáticas e sintomáticas. Quando há sintomas, estes podem ser precoces ou tardios, sendo que, a hepatomegalia é o sinal mais importante do acometimento neonatal da doença, seguido pela esplenomegalia [15].

Outra situação que merece atenção nestes casos de infecção é com relação ao aleitamento materno. Nas formas aguda e crônica da doença de Chagas, o *Trypanosoma cruzi* pode ser isolado no leite materno. Há relato de um caso de infecção aguda em lactente de 2 meses de idade amamentado por mãe com a doença conforme mostram Lamounier *et al.* [16].

Diante disto, experimentos em laboratórios, utilizando amostras de leite humano contaminados com o protozoário e testadas em diferentes condições, demonstraram que a pasteurização do leite previne a transmissão da doença. Além disso, o leite humano aquecido à temperatura de 63ºC em forno microondas doméstico (7 minutos, 45% potência) mostrou eficiência na redução da transmissão do *Trypanosoma cruzi* [16].

Entretanto, a raridade da transmissão da doença justifica a manutenção da amamentação em mulheres com a forma crônica, mas se houver sangramento e fissura no mamilo, tal procedimento não deve ser continuado. Nos casos de doença aguda, a nutriz não deve amamentar seu bebê [16].

O papel das enfermeiras obstétricas diante da gestante chagásica

A educação em saúde é hoje um dos meios mais eficazes para o tratamento das doenças crônicas e para prevenção de suas complicações, pois, amplia a compreensão que o paciente tem sobre a doença e sobre si mesmo, capacitando-o a assumir melhor seu tratamento e evitando descompensações desnecessárias [5].

É muito freqüente que a mulher apresente transtornos graves em decorrência da doença de Chagas. Neste sentido, o trabalho de educação para gestantes chagásicas, deve ter o objetivo de esclarecer que a melhor forma de lidar com a doença é adquirir o conhecimento dos seus sintomas e das suas complicações, buscando apoio médico e medicamentoso [5].

O cuidado profissional, contextualizado na experiência humana do processo saúde-doença, tem sido um foco disciplinar predominante da enfermagem. Contudo, com relação ao gerenciamento de saúde, cabe ressaltar que qualquer profissional da área em questão, deve estar consciente da importância do seu papel, no que se refere ao esclarecimento e apoio aos pacientes [6].

Com base no exposto, a formação de grupos de apoio é importante pelo fato de se ter um espaço de aprendizagem, de participação e de cidadania onde o indivíduo consegue partilhar interesses, produzir novos afetos e ser acolhido, o que de modo específico é benéfico para as gestantes em questão [17].

As pessoas envolvidas e preocupadas com a doença de Chagas precisam saber quais os avanços e qual postura deve ser adotada diante de tal situação. Em várias regiões o controle da transmissão vem sendo aos poucos priorizado e tem-se alcançado importantes avanços, conforme descrito anteriormente, uma vez que o controle do vetor e a participação dos bancos de sangue em tal prevenção já é uma realidade [4].

Considerando a lei que garante às gestantes de alto risco cuidados especiais, cabe à equipe de enfermagem dispensar-lhe melhores cuidados, paciência, carinho e atenção. Ao hospital, sabendo que é uma empresa que presta serviços à população, cabe promover a satisfação e atender as necessidades destas clientes. Para tanto, é preciso contar com mão-de-obra qualificada, o que requer, dentre vários fatores, treinamento e motivação [4].

Esta conscientização deve incluir ainda a idéia de que os serviços de saúde devem estar voltados para o atendimento das necessidades da população. Ademais, devem ser de qualidade e acessíveis a todos, respeitando o ser humano na sua individualidade e integralidade, como ser social, tornando-se válido repensar e interferir na construção de um modelo assistencial que atenda às necessidades do conjunto da população [18].

Contudo, o papel da enfermagem é fundamental e sua participação deve ser integral não só neste caso específico, mas também em outras situações [19].

Conclusão

Pelo que pudemos observar, o problema da doença de Chagas é profundamente sério e alarmante. Não se trata, somente, de uma moléstia de cura problemática que incide sobre milhões de pessoas em todas as Américas, mas é também, e muito nitidamente, um retrato da condição humana de grandes massas populacionais, abandonadas aos caprichos da fome e do subdesenvolvimento.

Não bastará nunca, nem à Ciência, nem às necessidades reais destas populações, o combate específico aos vetores ou a simples melhoria das habitações. Há que se fazer conjuntamente, e concretizar, sem demora, uma reformulação imprescindível de mentalidade e de estruturas, visando-se uma promoção integral de todos os homens.

Tão importante é manter o trabalho que vem sendo realizado pelos bancos de sangue com o intuito de controlar as várias infecções que podem ocorrer através deste meio.

Já com relação específica às gestantes chagásicas, percebe-se que depois de instalada a doença, o mais importante é tratar da questão psicológica, uma vez que tal acometimento pode trazer transtornos não só para ela, mas também para o bebê. Além da importância em tratar das complicações que esta doença causa no organismo do indivíduo.

Para isto, a expectativa é de que as drogas e os procedimentos mais necessários para o manejo das principais síndromes clínicas e sintomas venham a evoluir e aumentar o arsenal já disponível, o que em muito contribuirá para o adequado atendimento à gestante chagásica.

Espera-se, contudo, que uma equipe multiprofissional desenvolva da melhor forma possível, o papel que lhe cabe. Ressaltando, sem dúvida, a importância que a enfermagem tem em cumprir bem seu trabalho também educacional diante de situações como estas.

Referências

1. Pinotti JA. Saúde da mulher. São Paulo: Contexto; 1998.
2. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Bittencourt A. Congenital Chagas disease. Am J Dis Child 1976;730:97.
4. Dias JCP. Doença de Chagas no século XXI. 1er Simpósio Virtual de Enfermedad de Chagas [online]; 2008. [citado 2008 Fev 18]. Disponível em URL: http://www.fac.org.ar/fec/chagas/c12pinto/c12pinto.htm
5. Diniz EA, Vaz FAC. Infecções congênitas e perinatais. In: Bittencourt AL, Medina-Lopez MD, Camargo ME. Doença de Chagas. São Paulo: Atheneu; 2002. p.17-26.
6. Alonso IK. O cuidado da enfermagem na Saúde da Família: sob o olhar da antropologia da saúde. Revista Técnico-Científica de Enfermagem 2003;1(1):60-5.
7. Berek JS. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Alencar Junior CA. Assistência pré-natal: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo; 2000. 139p.
9. Merck Sharp & Dohme. Biblioteca Médica online. Problemas de saúde da mulher. [citado 2008 Jul 25]. Disponível em: URL: http://www.manualmerck.net
10. Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga Fo G, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas [online]. [citado 2008 Jul 27]. Disponível em URL: http://www.ipec.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html.
11. Andrade GMQ, Gontijo ED. Diagnóstico e tratamento da Doença de Chagas Congênita. Educação Médica da Faculdade de Medicina da UFMG [online]; 2007. [citado em 2007 Set 15]. Disponível em URL: http://www.medicina.ufmg.br/edump/ped/chagas.htm
12. Pdamed (Conteúdo em computadores de mão para área médica). Guia digital de doenças infecciosas e parasitárias. [software]. [citado em 2008 Fev 16]. Disponível em URL: http://www.pdamed.com.br
13. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHO-QOL-100): características e perspectivas. Ciênc Saúde Coletiva 2000;5(1):5-18.
14. Teles JM. O que é ter qualidade de vida. Salvador: Real Sociedade Portuguesa de Beneficência Dezesseis de Setembro; 2004.
15. Fragata FOAA, Correia EB, Borges FOR. Seqüência de transmissões não habituais da infecção chagásica em uma mesma família: transfusional para a mãe e congênita para o filho, de cepa de Trypanosoma cruzi. Revista Soc Bras de Med Tropical 2008;41(1):73-5.
16. Lamounier JA, Moulin ZS, Xavier CC. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. J Pediatr 2004;80(5):181-8.
17. Bastos AC. O SUS como espaço de aprendizagem. Nursing (São Paulo) 2004;01(1):08-14.
18. Chiavenato I. Introdução à administração. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1999.
19. Cianciarullo TI. Compromisso institucional do enfermeiro na área de saúde: a questão da gestão do conhecimento. Revista Técnico-Científica de Enfermagem 2003;1(2):101-3.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Revisão

Sucção não-nutritiva em neonatos e lactentes impossibilitados de amamentação

Bárbara Alves Brasil Anschau*, Maria Filomena Vancelotte Pereira de Almeida**

**Acadêmica do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, **Orientadora, Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro*

Resumo

Objetivos: Descrever a atuação da enfermagem em relação à prática terapêutica de estímulo à sucção não-nutritiva em neonatos e lactentes impossibilitados de amamentação, bem como identificar, em publicações de enfermagem, os resultados esperados ou obtidos a partir desta atividade terapêutica. *Metodologia*: Estudo bibliográfico com abordagem descritiva, tendo como fontes para o levantamento da produção científica, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Ovid Technologies. *Resultados:* Como conseqüências da estimulação por sucção não-nutritiva em neonatos, destacam-se: maior consumo e ingestão, em menor tempo, da alimentação oral prescrita; maior ganho de peso; alta hospitalar precoce; melhora no estado de consciência durante a alimentação; indução de sono, redução do choro e aumento do limiar álgico, em processos dolorosos. *Conclusão:* Não foram encontrados artigos de enfermagem que abordem a atuação desta na prática terapêutica de estímulo à sucção não-nutritiva, em neonatos e em lactentes impossibilitados de amamentação, assim como, artigos que mencionem seus benefícios orofaciais. Os resultados obtidos foram baseados na reduzida bibliografia relacionada à temática.

Palavras-chave: estimulação, sucção não-nutritiva, neonatos, lactentes.

Abstract

Non-nutritive sucking in neonates and infants unable to be breastfeed

*Objectives***:** To describe nursing performance related to stimulation of non-nutritive sucking in neonates and infants unable to be breastfeed, and to identify, in nursing reviews, results related to this therapy. *Methodology*: It is a literature review, with descriptive approach, using as databases Virtual Health Library (VHL) and Ovid Technologies. *Results*: As consequences of the non-nutritive sucking in neonates, are mentioned: high consumption as well as ingestion of the prescribed diet in a small period of time; high weight gain; earlier hospital discharge; improving consciousness state during feeding; sleep induction, crying time reduction and increase in pain threshold. *Conclusion:* We did not find nursing articles referring to non-nutritive sucking stimulation therapy in neonates and infants which are unable to be breastfeed, and also, the orofacial benefits of this practice. The results were based on the small literature related to the theme.

Key-words: stimulation, non-nutritive sucking, neonates, infants.

Artigo recebido em 16 de fevereiro de 2009; aceito em 12 de novembro de 2009.
Endereço para correspondência: Bárbara Alves Brasil Anschau, Rua Mário Portela, 161/1003A, Laranjeiras, 22241-000 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 9329-0788, E-mail: barbaraanschau@yahoo.com.br

Resumen

Succión no nutritiva en neonatos y lactantes imposibilitados de amamantamiento

Objetivos: Describir la actuación de enfermería con relación a la estimulación terapéutica de succión no nutritiva en neonatos y lactantes imposibilitados de ser amamantados, así como identificar, en publicaciones de enfermería, los resultados obtenidos referente a esta actividad terapéutica. *Metodología***:** Estudio bibliográfico descriptivo que utilizó las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y el Ovid Technologies para analizar la producción científica referente al tema en cuestión. *Resultados*: La estimulación por succión no nutritiva en neonatos trae como consecuencias: un mayor consumo e ingestión, en poco tiempo, de la alimentación prescrita; un mayor aumento de peso; alta hospitalaria precoz; mejoría en el estado de conciencia durante la alimentación; reducción del llanto e inducción al sueño, durante los procesos de dolor**.** *Conclusión:* A lo largo de la búsqueda no se encontró artículos de enfermería que aborden la actuación de esta practica terapéutica de estimulo a la succión no nutritiva, en neonatos y lactantes imposibilitados de ser amamantados, así como artículos que mencionen sus beneficios orofaciales. Los resultados se basaron en la reducida bibliografía relacionada con la temática.

Palabras-clave: estimulación, succión no nutritiva, neonatos, lactantes.

Introdução

A partir do ensino clínico em Unidades Neonatal e Pediátrica, foi possível manter contato com recém-nascidos e lactentes impossibilitados de amamentação, seja por limitações próprias ou maternas. Ao atuar como acadêmica de enfermagem nestas unidades, foi percebido, talvez por desconhecimento, a não inserção da prática terapêutica, nestas crianças, do estímulo à sucção não-nutritiva. Foi constatado a não-inserção de tal atividade nas rotinas dos referidos setores.

A atividade terapêutica de estímulo à sucção não-nutritiva, que consiste simular o mamilo materno na boca desses bebês, pode ser feita através do dedo mínimo enluvado. Tal atividade contribui para o desenvolvimento da musculatura oral; maturação do reflexo de sucção; futura alimentação oral em seio materno, transição para alimentação oral de forma rápida e fácil, facilidade de digestão, estimulação do trânsito intestinal e, associação, pelo recém-nascido, da sucção à plenitude gástrica; ganho de peso; regulação dos estados de consciência do bebê; alta precoce [1-3].

Segundo a literatura, bebês prematuros com peso menor que 1800 g ou menores de 35 semanas gestacionais ao nascer, com dificuldade de sugar ou deglutir, ou apenas impossibilitados de sugar, passam a ser alimentados por sondas oro ou naso-gástricas. Portanto, devido a este impedimento, mesmo que momentâneo, destas crianças serem amamentadas diretamente ao seio materno, recomenda-se, ao alimentá-las, estimular o reflexo de sucção [1-3].

Porém, acredita-se que a atividade terapêutica de estímulo à sucção não deva ser realizada exclusivamente em recém-nascidos prematuros. Visto que, esta prática, também torna-se válida em muitos neonatos e lactentes a termos, com deficiência no reflexo de sucção, em decorrência de doenças neurológicas, como acontece nos casos de hidrocefalia [1], ou ainda, em filhos de mães impedidas de amamentar, como ocorre em mulheres HIV positivas ou com câncer de mama.

Cabe lembrar que, de acordo com a literatura, no feto neurofisiologicamente normal, o reflexo de sucção surge a partir da 34ª semana gestacional, o que proporciona, ao nascer, juntamente com os movimentos coordenados de deglutição e respiração, uma capacidade de serem amamentados diretamente ao seio materno [1]. Sabe-se ainda, que o sistema estomatognático, formado pelos arcos dentários, maxilas, mandíbula, osso hióide, ossos cranianos, músculos orais, espaços orgânicos, nervos e vasos sanguíneos, é responsável pelas funções de sucção, mastigação, deglutição, respiração, fonação e expressão facial [4]. Com isso, a amamentação além de proporcionar aporte nutritivo, imunológico e emocional, possibilita, através do próprio movimento de sucção, com que todas as funções deste sistema estomatognático se aperfeiçoem cada vez mais, contribuindo para o tônus muscular oral, desenvolvimento oro-temporomandibular e crescimento craniofacial adequados [1,4].

Considerando, os benefícios da sucção não-nutritiva, bem como, os da amamentação fisiológica, o *objeto* deste estudo foi a atuação dos enfermeiros, evidenciada a partir de literatura de enfermagem, em

relação à prática terapêutica de estímulo à sucção não-nutritiva, em neonatos e lactentes impossibilitados de amamentação. As *Questões Norteadoras* deste estudo são: Qual a atuação da enfermagem em relação à prática terapêutica de estímulo à sucção não-nutritiva, em neonatos e lactentes impossibilitados de amamentação? Quais os reais resultados esperados ou obtidos, evidenciados em publicações de enfermagem, relacionados a esta atividade terapêutica? Com isso, tais questionamentos serão respondidos através dos seguintes objetivos**:** descrever qual a atuação da enfermagem a partir do estímulo terapêutico de sucção não-nutritiva, em neonatos e lactentes impossibilitados de amamentação e, identificar, em publicações de enfermagem, os reais resultados esperados ou obtidos em relação a esta atividade terapêutica.

Entendo que, a prática terapêutica de estímulo à sucção não-nutritiva, não deva ser prestada somente aos recém-nascidos prematuros com alimentação por sonda oro ou naso-gástrica, como indica a literatura [1-3]. Trata-se de um cuidado de enfermagem, devendo ser assegurado a todo neonato e lactente impossibilitado de amamentação direta ao seio materno, independentemente de sua maturidade pós-natal.

Portanto, esperamos contribuir através deste estudo, com a construção e aprofundamento do conhecimento científico na enfermagem, assim como, melhorar sua assistência em Unidades Neonatais e Pediátricas. Pois, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [5], a mesma deve atuar na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando a vida, em todo seu ciclo vital e, assegurando, ao paciente, uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Métodos

Trata-se de um estudo bibliográfico com abordagem descritiva, tendo como fonte para o levantamento da produção cientifica, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) é reproduzida de forma virtual, onde são distribuídas várias coleções de fontes de informação técnico-científica em saúde, podendo ser acessada através de uma metodologia comum, com o objetivo de facilitar o acesso à produção científica e divulgá-las [6].

A Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) está vinculada à BVS e, é um centro dirigido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em convênio com o Ministério da Educação. Dentro do sistema BIREME, pode-se encontrar várias bases de dados virtuais, onde estão armazenados várias publicações referentes à área da saúde.

Nas diversas bases de dados virtuais são oferecidos formulários de pesquisa, que são ferramentas que, quando utilizadas de forma adequada, repercutirão diretamente na produção levantada. Estes formulários podem ser: o formulário livre, o formulário básico e o formulário avançado. Para ampliar a busca pelos artigos, foi utilizado, portanto, o formulário livre.

O levantamento das publicações foi realizado de acordo com as palavras-chave *non nutritive sucking, nonnutritive sucking, non nutritive sucking nursing, nonnutritive sucking nursing, non nutritive sucking stimulation, nonnutritive sucking stimulation, non nutritive sucking stimulation nursing, nonnutritive sucking stimulation nursing*, sucção não nutritiva, estímulo da sucção não nutritiva, sucção não nutritiva enfermagem e estímulo da sucção não nutritiva enfermagem.

A maioria dos artigos encontrados na BVS disponibilizou apenas seus respectivos resumos, portanto, após seleção dos mesmos, foi necessário recorrer à outra fonte de dados chamada *Ovid Technologies*, a fim de acessá-los na íntegra. Porém, dos resumos escolhidos, poucos artigos foram localizados.

Foram encontrados 66 artigos com a palavra-chave *non nutritive sucking,* porém, apenas 2 artigos eram publicações de enfermagem que referiam-se ao tema e, puderam ser lidos na íntegra. Da mesma forma, foram localizados 40 artigos com a palavra-chave *nonnutritive sucking*, mas, somente 2 artigos de enfermagem relacionados à temática, puderam ser analisados na íntegra.

Um dos artigos de enfermagem encontrados, na íntegra, pela palavra-chave *nonnutritive sucking*, também foi localizado com as palavras-chave *nonnutritive sucking stimulation* e *nonnutritive sucking stimulation nursing*.

Foi encontrado um único artigo, disponível na íntegra, pelas palavras-chave *non nutritive sucking stimulation,* sucção não nutritiva, sucção não nutritiva enfermagem, estímulo da sucção não nutritiva e estímulo da sucção não nutritiva enfermagem.

Foram encontrados 2 artigos de enfermagem com a palavra-chave *nonnutritive sucking nursing*, porém, apenas 1 artigo pôde ser lido na íntegra.

Artigos de enfermagem, relacionados à temática e, encontrados através das palavras-chave *non*

nutritive sucking nursing e *non nutritive sucking stimulation*, não estavam disponibilizados na íntegra.

Após leitura criteriosa dos artigos científicos relacionados aos objetivos deste trabalho, foi realizada uma redação das 4 publicações selecionadas.

Resultados

Quadro I - Caracterização das publicações de Enfermagem.

Título	Origem	Abordagem
Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. Conceição CL *et al*. [7].	Brasileira	Pesquisa bibliográfica
Meta analysis: Effects of interventions on premature infants feeding. Daley HK *et al*. [8]. (Meta- análise: efeitos das intervenções na alimentação de neonatos prematuros)	Norte Americana	Pesquisa bibliográfica
The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates Stevens B *et al*. [9]. (A Eficácia do desenvolvimento das intervenções sensíveis e sacarose para aliviar processo de dor em neonatos de muito baixo peso ao nascimento)	Norte Americana	Pesquisa de campo
Effects of non-nutritive sucking on nutritive sucking, breathing, and behavior during bottle feedings of preterm infants Pickler RH *et al*. [10] (Efeitos da sucção não-nutritiva na sucção nutritiva, na respiração, e no comportamento durante a alimentação de infantes prematuros)	Norte Americana	Pesquisa de campo

Discussão

A prática terapêutica de estímulo à sucção não nutritiva em neonatos ainda é um assunto muito recente, principalmente para os profissionais de enfermagem. Existem poucas evidências, em literatura de enfermagem, sobre a atuação da mesma diante deste cuidado, bem como suas indicações e reais benefícios.

Os resultados encontrados são relacionados ao estímulo da sucção não-nutritiva somente em bebês prematuros, não havendo, portanto, pesquisas de enfermagem realizadas ou pelo menos disponíveis, na íntegra, com recém-nascidos e lactentes a termos, que estejam com o reflexo de sucção deficiente, ou apenas, impedidos de serem amamentados por questões maternas.

Os benefícios da sucção não-nutritiva mencionados nos artigos de enfermagem foram: maior ganho de peso, alta precoce hospitalar, ingestão em menor tempo da alimentação oral prescrita; melhora no estado de consciência durante a alimentação em bebês com 2 minutos de estimulação antes da dieta; indução do sono, redução do choro e aumento do limiar álgico, em procedimentos dolorosos, sendo que a combinação da administração oral de sacarose com a sucção não-nutritiva mostrou maior eficiência na redução da dor; consumo de 94,4% da fórmula prescrita por bebês que receberam estimulação não-nutritiva antes da alimentação, enquanto bebês não estimulados apresentaram um consumo de 80,9%.

Desta forma, observou-se que, a maioria das publicações analisadas associou a atividade terapêutica, de estímulo à sucção não-nutritiva, à suas conseqüências no âmbito alimentar. Assim como, também foi possível observar que os resultados desta pesquisa, não mencionaram benefícios referentes ao desenvolvimento orofacial, tanto ósseo quanto muscular; ao estímulo do trânsito intestinal; à associação, pelo recém-nascido, da sucção à plenitude gástrica; à maturação do reflexo de sucção; à preparação para a futura alimentação em seio materno; à facilidade da digestão; à rápida e fácil transição para a alimentação oral.

Os resultados, quando comparados à literatura de apoio [1-4], mostraram-se inéditos, no que diz respeito ao maior consumo e ingestão em menor tempo de alimentação oral prescrita e, ainda, à indução de sono, redução de choro e aumento de limiar álgico, em procedimentos dolorosos.

Conclusão

Os resultados obtidos são baseados no reduzido acervo de enfermagem, encontrados e relacionados ao tema "sucção não-nutritiva em neonatos e lac-

tentes impossibilitados de amamentação", tornando, com isso, evidente a necessidade de aprofundamento, diante deste assunto.

Apesar das poucas publicações encontradas, acreditamos que este estudo possa contribuir para as reflexões dos profissionais de enfermagem diante do cuidado abordado neste trabalho, a fim de melhorar a sua assistência, tendo por referência as necessidades de desenvolvimento e recuperação da clientela em questão. Pois, entendo que, a prática terapêutica de estímulo à sucção não-nutritiva em neonatos e lactentes impossibilitadas de amamentação, representa um cuidado de enfermagem que cumpre devidamente os Princípios Fundamentais e Responsabilidades, previstos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Referências

1. Figueiredo NMA. Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. 1a ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2005.
2. Basseto MCA, Brock R, Wajnsztejn R. Neonatologia. Um convite à atuação fonoaudióloga. São Paulo: Lovise; 1998.
3. Brisque NFC, Rodrigues LC. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. Pró-Fono 2006;18(2):141-50.
4. Gomes CF, Trezza EMC, Murade ECM, Padovani CR. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. J. Pediatr (Rio J.) 2006;82(2):103-9.
5. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução Cofen 311/2007.
6. Biblioteca Virtual Em Saúde – Bireme. Fundamentos. [citado 2007 Abril 10] Disponível em: URL:http://www. bireme.br/bvs/bireme/P/fundamentos.htm.
7. Conceição CL, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(2):232-6.
8. Daley HK, Kennedy CM. Meta analysis: Effects of interventions on premature infants feeding. J Perinat Neonatal Nurs (San Francisco) 2000;14(3):62-77.
9. Stevens B, Johnston C, Frank L, Petryshen P, Jack A, Foster G. The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates. Nurs Res (New York) 1999;48(1):35-43.
10. Pickler RH, Reyna BA. Effects of non-nutritive sucking on nutritive sucking, breathing, and behavior during bottle feedings of preterm infants. Adv Neonatal Care (Philadelphia) 2004;4(4):226-34.

Enfermagem Brasil
Novembro / Dezembro 2009;8(6)

Revisão

O papel do enfermeiro na prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca

Gisele de Araújo Peixoto*, Keila da Silva*, Romária da Costa*, Suelen de Andrade Garcia*, Flávia Silva de Souza, M.Sc.**

*Graduandos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), Niterói RJ,
**Orientadora e Docente no Centro Universitário Plínio Leite (UNIPLI), Niterói RJ

Resumo

O presente estudo tem como motivação a vivência das autoras no campo dos cuidados ao paciente de cirurgia cardíaca, no âmbito familiar e hospitalar. Diante de tantas dificuldades que encontramos no ambiente hospitalar quanto à falta de precaução e prevenção da infecção, optou-se pela temática sobre os cuidados do enfermeiro junto ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, no qual buscaremos encontrar resposta a seguinte questão: Qual o papel do enfermeiro na prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca? Esta pesquisa tem como objeto de estudo a prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, com objetivo de identificar as atribuições do enfermeiro na prevenção dessa infecção. Esta pesquisa irá contribuir para a assistência de enfermagem direcionada aos clientes que forem submetidos à cirurgia cardíaca. Para tanto utilizaremos a metodologia descritiva qualitativa baseada em fatos relatados em literaturas da área de saúde. Observou-se que o papel do enfermeiro se insere desde o pré-operatório, através da consulta ao paciente e detecção daqueles que apresentam risco para as infecções, e entendemos que a lavagem das mãos é a base para a profilaxia.

Palavras-chave: cirurgia cardíaca, cuidados pós-operatórios, enfermagem pós-cirúrgica, infecção da ferida operatória.

Abstract

Nurse's role in the prevention of surgical site infection in immediate postoperative period following cardiac surgery

This study has as motivation the authors experience in caring patients after cardiac surgery, in family and hospital environments. Facing so many difficulties in the hospital due to lack of precaution and prevention of infection, we decided to investigate the nursing care in the immediate postoperative period of cardiac surgery. As a result, we tried to find the answer to the following question: Which is the nurse's role in the prevention of surgical site infection in the immediate postoperative period of cardiac surgery? This research aimed to study the prevention of surgical site infection in the immediate postoperative period of cardiac surgery, and to identify nurses tasks in this prevention. It is used a descriptive and qualitative methodology based

Artigo recebido em 4 de agosto de 2009; aceito em 10 setembro de 2009.
Endereço para correspondência: Romária da Costa, Rua Indiana lote 11 quadra 39, Vista Alegre, São Gonçalo, 24724-305 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 9938-8740, E-mail: romariadacosta@yahoo.com

on literature data of health area. It was observed that nurses role begins in the pre-operative consultation period, when it is detected risk for infections, and we believe that washing hands is the basis for prophylaxis.

Key-words: cardiac surgery, postoperative care, post-surgical nursing, surgical wound infection.

Resumen

El papel del enfermero en la prevención de infección del sitio quirúrgico en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca

Este estudio tiene como motivación la experiencia de los autores en el campo de la atención al paciente de cirugía cardiaca, en el ámbito familiar y hospitalario. Ante tantas dificultades que encontramos en el ámbito hospitalario por la falta de precaución y de prevención de la infección, se decidió sobre la temática de la atención de los enfermeros al paciente en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca, y a través de esta temática buscaremos encontrar respuestas a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el papel del enfermero en la prevención de infección del sitio quirúrgico en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca? Esta investigación tiene como objetivo estudiar la prevención de la infección del sitio quirúrgico en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca, con el fin de identificar las atribuciones del enfermero para la prevención de esta infección. Esta investigación contribuirá en la atención de enfermería a los pacientes que se someten a cirugía cardíaca. La metodología utilizada es descriptiva, cualitativa, basada en artículos publicados en el área de la salud. Se observó que el enfermero desempeña su papel en el preoperatorio, a través de la consulta al paciente y la detección personas en riesgo de infecciones, y que el lavado de manos es la base para la profilaxis.

Palabras-clave: cirugía cardiaca, cuidados postoperatorios, post-quirúrgica de enfermería, infección de herida quirúrgica.

Introdução

No Brasil, apenas nas duas últimas décadas o tema infecção hospitalar tem sido abordado de maneira mais efetiva e científica. Passos importantes foram dados neste sentido. O Ministério da Saúde, em 24 de junho de 1983, instituiu a portaria 196, que determina que "todos os hospitais do país deverão manter Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), independente da entidade mantenedora". Embora com uma série de conceitos polêmicos e imprecisos, a portaria 196 foi um passo importante na constituição de SCIH por todo país [1].

Os SCIH devem ser constituídos por, pelo menos, um médico preferencialmente infectologista, um enfermeiro, preferencialmente com formação epidemiológica, para cada 200 leitos ou fração deste número. O período de trabalho do médico e do enfermeiro no serviço deverá ser, no mínimo, de 4 a 6 horas diárias, respectivamente, exigindo do último lotação exclusiva no programa de controle de infecção hospitalar. Embora o serviço de prevenção de infecção seja fundamental no controle, toda a equipe profissional deve ser conscientizada de que, além do médico e o enfermeiro, todos os profissionais que prestam cuidados diretos e indiretos devem ter responsabilidade na realização de um trabalho efetivo de controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS) [1].

No que se refere à infecção de ferida cirúrgica, entende-se como período pós-operatório o período em que o paciente deixa a mesa de cirurgia até a última consulta de acompanhamento com o cirurgião. Esse momento pode ser tão breve quanto uma semana ou tão longo quanto vários meses. Durante o período pós-operatório, o risco de infecção aumenta à medida que os equipamentos de cuidados do paciente se tornam mais complexos e conforme são utilizados mais aparelhos que rompem as barreiras anatômicas de proteção natural [2]. Após o término da cirurgia, o paciente é transferido para a unidade de pós-operatório, onde se recuperará dos efeitos anestésicos e permanecerá por um período aproximado de 24 a 48 horas [3]. É uma fase crítica para o paciente, sendo relevante a observação cuidadosa para manter as funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade [2].

A assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações. A prevenção destas no pós-operatório promove rápida convalescença, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida [3]. É dever da equipe de enfermagem providenciar o leito e prepará-lo para receber o paciente. A unidade deve estar composta de materiais e equipamentos

em perfeitas condições de uso, a fim de atender a qualquer situação de emergência [2].

No Brasil, apesar de muitos esforços, ainda vivemos uma realidade de múltiplas carências pelas quais passam as instituições de saúde, principalmente as públicas, com falta de recursos humanos e materiais que tornam extremamente difícil a implantação de medidas eficientes no controle das IRAS. Medidas simples, como manter pias em condições de uso com sabão e papel de boa qualidade, para a lavagem das mãos. Trabalhos recentes realizados em países desenvolvidos mostram que a não aderência à lavagem das mãos pelos profissionais de saúde, antes de examinarem os doentes, continua sendo o principal veículo de transmissão de microorganismos no ambiente hospitalar [1].

A infecção pós-operatória de maneira geral é um sério problema, pois pode aumentar o tempo de internação, aumentando a letalidade, a mortalidade e os custos hospitalares [4].

Dentre as infecções hospitalares, a infecção de sítio cirúrgico é a segunda causa mais freqüente, sendo suplantada somente pela infecção urinária [6].

Existem vários fatores que podem favorecer o aparecimento de infecção de sítio cirúrgico: fatores relacionados ao hospedeiro (obesidade, extremos de idade, duração do tempo de hospitalização pré-operatória, infecção em outros sítios, índice de gravidade da doença) e fatores relacionados ao procedimento (má vascularização, má aproximação das bordas, presença de tecido necrótico, corpo estranho, tempo cirúrgico, além de outros problemas técnicos referente ao ato cirúrgico) [6].

Nas infecções de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca incluem-se as incisões esternais, safena e radial, que podem ser superficiais ou profundas, e as infecções de órgãos e espaços, como as mediastinites e as endocardites [6].

Os microrganismos mais freqüentemente associados à infecção de sítio cirúrgico são Staphylococcus aureus, estafilococos coagulase negativa e bacilos Gram-negativos [6].

Outras infecções que podem acometer os pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca são relacionadas aos procedimentos de terapia intensiva, principalmente quando o paciente permanece por um tempo maior na UTI, em decorrência de complicação clínica e/ou cirúrgica. Temos, nesses casos, pneumonias relacionadas à ventilação mecânica, infecções urinárias, infecções relacionadas a cateteres e sepse [6].

O *Center for Diseases Control* (CDC), em 1999, lançou várias recomendações para prevenção da infecção de sítio cirúrgico. Entre elas serão citadas as fortemente recomendadas, baseadas em estudos bem desenhados, experimentais, clínicos ou epidemiológicos: tratar todas as infecções pré-existentes antes do procedimento cirúrgico; não realizar tricotomia pré-operatória, a não ser que os pêlos atrapalhem a técnica cirúrgica; e utilizar antibioticoprofilaxia endovenosa em níveis bactericidas durante todo o procedimento cirúrgico e algumas horas após [6].

Medidas de controle das infecções em pós-operatório de cirurgia cardíaca devem ser realizadas pelo SCIH, baseadas em normas existentes para prevenção de infecção relacionada à ventilação mecânica, cateteres, infecções do trato urinário e sítio cirúrgico, as diretrizes devem ser elaboradas de acordo com as necessidades de cada serviço e suas particularidades [6].

O presente estudo tem como motivação à vivência das autoras no campo dos cuidados ao paciente de cirurgia cardíaca, no âmbito familiar e hospitalar. Diante de tantas dificuldades que encontramos no ambiente hospitalar quanto à falta de precaução e prevenção de infecção, optou-se pela temática sobre os cuidados do enfermeiro junto ao paciente no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. A partir do exposto, tivemos como objeto a prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Desta forma, buscamos encontrar resposta a seguinte questão: Qual o papel do enfermeiro na prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca?

Após este questionamento buscamos alcançar o objetivo de identificar as atribuições do enfermeiro na prevenção da infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Esse assunto é relevante, pois auxilia o enfermeiro nas suas atividades de prevenção e controle de infecção.

No momento de desenvolver um estudo científico para o Trabalho de Conclusão de Curso, percebemos a oportunidade de aprofundar leituras e contribuir para a assistência de enfermagem direcionada aos clientes que forem submetidos à cirurgia cardíaca, para o ensino e pesquisa.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A metodologia utilizada foi a

revisão bibliográfica. O levantamento bibliográfico foi realizado mediante busca eletrônica na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases de dados Lilacs e BDENF, no idioma português. O recorte temporal foi de 2001 a 2007, com os seguintes descritores: cirurgia cardíaca, Enfermagem pós-cirúrgica, infecção da ferida operatória, cuidados pós-operatórios. Os descritores foram cruzados, utilizando-se o recurso boleano "and". Os critérios de inclusão foram: publicações em revistas nacionais nas bases de dados já definidas, que tivessem o resumo em português e que tivessem em seu conteúdo pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Quadro 1 - Distribuição quantitativa dos artigos encontrados nas bases de dados - 1ª etapa.

DESCRITORES	BASES DE DADOS		
	LILACS	BDENF	Total
Cirurgia Cardíaca	1017	57	1074
Enfermagem pós-cirúrgica	24	23	47
Infecção da ferida operatória	604	32	636
Cuidados pós-operatórios	1049	125	1174
Total	2694	237	2931

Tendo encerrado esta primeira etapa da coleta de dados, observou-se a necessidade do refinamento da pesquisa. Os descritores foram cruzados utilizando-se o recurso boleano "and", como pode ser verificado no quadro 2.

Quadro 2 - Distribuição quantitativa dos artigos encontrados nas bases de dados - 2ª etapa.

DESCRITORES	BASES DE DADOS		
	LILACS	BDENF	Total
Cirurgia Cardíaca/ Cuidados pós-operatórios	62	16	72
Enfermagem pós-cirúrgica/ Cuidados pós-operatórios	9	13	22
Infecção da ferida operatória/ Cuidados pós-operatórios	14	2	16
Cirurgia Cardíaca/ Enfermagem pós-cirúrgica	1	2	3
Total	86	33	119

Nesta etapa foi feita a pré-leitura e a leitura seletiva dos resumos, quando foram eliminados os idiomas estrangeiros. Foram eliminados os artigos que antecedem o ano de 2001, e os que aparecem de forma repetida e ainda aqueles que não se relacionavam com o objeto da pesquisa.

Tendo em vista o aperfeiçoamento desta pesquisa, realizamos uma nova busca de dados, onde acessamos diretamente a Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC) e a Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Totalizando 6 artigos.

Resultados e discussão

Os artigos foram lidos em sua íntegra e foi realizada a análise temática, da qual emergiram as seguintes categorias de análise: Influências do tempo de internação e tempo de cirurgia no aparecimento da infecção cirúrgica, Fatores predisponentes ao desenvolvimento de infecção de ferida cirúrgica e Medidas profiláticas.

Influências do tempo de internação e tempo de cirurgia no aparecimento da infecção cirúrgica

Para Silva [6] e Galdeano [7] a longa permanência hospitalar pré-operatória contribui para a maior chance de infecção cirúrgica, pelo fato de que ocorrerá a substituição da flora do paciente pela flora hospitalar. O paciente psicologicamente bem adaptado, cujos sistemas orgânicos principais funcionam segundo suas necessidades, com nutrição, balanços hidroeletrolítico e ácido-básico normais, geralmente tolera uma intervenção cirúrgica. Quanto ao período transoperatório, este é considerado um período crítico para o paciente, especialmente em cirurgia cardíaca, devido à complexidade da cirurgia e procedimentos a ela inerentes, como, por exemplo, a circulação extracorpórea (CEC) e ao prolongado tempo intra-operatório. É um período caracterizado por mudanças fisiológicas gerada pelas condições impostas pela cirurgia cardíaca, CEC e anestesia, podendo levar a complicações no pós-operatório.

Fatores predisponentes ao desenvolvimento de infecção de ferida cirúrgica

Segundo Silva, Galdeano, Gelape, Rossi [6-9] vários fatores podem influenciar o estabelecimento e gravidade do processo infeccioso, como: diabetes mellitus, obesidade, desnutrição, extremos de idade, doenças crônicas e tabagismo são os principais fatores de risco associados ao aumento da incidência de infecção no sítio cirúrgico, devendo ser identificados preferencialmente, no período pré-operatório.

Podemos citar, por exemplo, Van Der Berg [10], que estuda a morbi mortalidade de pacientes críticos em UTI, que aumenta, quando os níveis glicêmicos estão acima do limite de 165 mg/dl. A partir desse estudo, novos protocolos de insulinoterapia estão sendo confeccionados, com o intuito de reduzir a mortalidade e as complicações das alterações glicêmicas em pacientes críticos.

Os outros fatores acima citados possuem influência direta no metabolismo orgânico, na proliferação de células de cicatrização, no metabolismo de oxidação da glicose e no controle hemodinâmico, como um todo, prejudicando assim, a recuperação do paciente submetido à cirurgia cardiovascular.

Medidas profiláticas e o papel do enfermeiro na prevenção de infecção de ferida cirúrgica

Os autores Rossi e Gelape [8,9] observam que para a profilaxia das infecções de ferida operatória, deve-se reduzir ao máximo a contaminação que tem origem nas salas de cirúrgicas. A circulação laminar do ar ambiente, utilização de raios UV, desinfecção de pisos e paredes, esterilização correta do material cirúrgico e restrição do número de pessoas que transitam nas salas de cirurgia são medidas que devem ser adotadas. A correta escovação das mãos de toda a equipe envolvida nos cuidados com o paciente, especialmente da equipe cirúrgica, causa grande impacto na diminuição da contaminação da ferida. Esse procedimento visa retirar a flora bacteriana transitória e diminuir a flora permanente das mãos.

Consensualmente, os antimicrobianos profiláticos são recomendados, com o objetivo de diminuir a incidência de infecções cirúrgicas nas operações classificadas como potencialmente contaminadas e contaminadas.

Mediante os resultados identificados neste estudo, observamos que é possível prevenir a infecção.

O CDC [2] estima que aproximadamente um terço de todas as infecções nosocomiais poderia ser evitada com programas de controle de infecção efetivos. Um programa efetivo inclui os seguintes componentes: um programa de vigilância para infecções hospitalares e esforços de controle rigorosos, pelo menos um profissional de controle de infecção para cada 250 leitos hospitalares, um epidemiologista hospitalar treinado e retroalimentação para cirurgiões em risco de infecções em sítios cirúrgicos. Infelizmente, muitos hospitais não constituem todos os quatro aspectos exigidos e estima-se que apenas 9% das infecções esperadas sejam evitadas.

Os dados ou informações levantadas na visita pré-operatória oferecem subsídios para a identificação de problemas ou alterações relacionadas aos aspectos biopsico-sócio-espirituais do paciente e podem influenciar de maneira significativa tanto no procedimento anestésico-cirúrgico como na reabilitação do paciente. Também proporcionam a realização do planejamento de assistência contínua de enfermagem a ser uma oportunidade para a enfermeira dialogar com o paciente orientando, esclarecendo dúvidas e principalmente estabelecendo um vínculo de confiança com o paciente cirúrgico. O conhecimento das principais complicações é fundamental para promover a rápida recuperação e evitar infecção hospitalar [11].

Além dos procedimentos invasivos e da defesa primária insuficiente provocada pelo trauma cirúrgico, vários outros fatores influenciam na incidência de infecção na ferida operatória, entre elas as condições clínicas pré-operatória de paciente (idade, estado nutricional, doenças crônicas, etc.), as condições técnicas em que a cirurgia foi realizada e a permanência hospitalar pré-operatória (quanto mais longa, maior a chance de infecção cirúrgica, pela substituição da flora do paciente pela flora hospitalar) [7].

A incidência de complicações no pós-operatório imediato está geralmente associada às condições clínicas pré-operatórias, a extensão e ao tipo de cirurgia, as intercorrências cirúrgicas ou anestésicas e a eficácia das medidas terapêuticas adotadas [11].

Entendemos que o enfermeiro possui um papel importante, tanto no rastreamento de paciente de risco quanto nas atividades de controle de prevenção da infecção:

- Usar as precauções de barreiras adequadas, observar a higiene manual correta e garantir o cuidado asséptico de cateteres intravenosos e outros equipamentos intervencionais também ajuda a reduzir as infecções [2];
- A incisão deve ser protegida, de preferência com gaze seca e estéril;
- Lavar as mãos antes e após realizar troca de curativo ou realizar algum contato com a ferida operatória;
- Usar técnica asséptica para a troca do curativo;
- Observar as rotinas de curativo da Unidade e as recomendações técnicas para o tratamento de feridas; O curativo deve ser trocado antes das 24

horas somente quando molhado, sujo ou frouxo (soltando);
- O curativo de ferida infectada deve ser feito tantas vezes quanto necessário, para manutenção do mesmo limpo e seco;
- As medidas de enfermagem destinadas a promover a cicatrização da ferida cirúrgica incluem avaliar, medir e anotar a área da ferida, para comparações posteriores de evolução da mesma e alterações da pele [3].

Conclusão

Esta pesquisa contribuiu de forma satisfatória, pois nos motivou a aprimorar os conhecimentos que adquirimos ao longo do curso, no que diz respeito à prevenção da infecção no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Observou-se que, embora as infecções apareçam no pós-operatório imediato, o papel do enfermeiro se insere desde o pré-operatório, através da consulta ao paciente e detecção daqueles fatores que apresentam risco para as infecções, incluindo os pacientes que necessitam permanecer um tempo maior de internação no pré-operatório devido a complicações orgânicas que precisam ser corrigidas antes da cirurgia. Entendemos que a lavagem das mãos é a base para a profilaxia e necessita ser aplicada por todos da equipe de saúde e também aos acompanhantes.

Referências

1. Fogaccia R. Veronesi. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 2005.
2. Smeltzer S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Cintra EA. Nishide VM. Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu; 2005.
4. Knobel E. Condutas no paciente grave. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
5. Abboud CS. Infecção em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Revista virtual SOCESP 2001; 11(5).
6. Silva IJ. Infecção do sítio cirúrgico uma contribuição de enfermagem à prevenção [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003. 120p.
7. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignácio DS. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latinoam Enfermagem 2003;11(2):199-206.
8. Gelape CL. Infecção do sítio operatório em cirurgia cardíaca. Arq Brás Cardiol 2007;89(1):3-9.
9. Rossi LA, Tarroti FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnóstico de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. Rev Esc Enferm USP 2000;34(2):154-64.
10. Van den Berg G, Wouters P, Weekers F, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. N Engl J Med 2001;345:1359-67.
11. Araújo KP, Costa KFP, Portela KMP, Barreto LS, Silva TB, Batista JCC, Jesus VS, Matos JV. Assistência de enfermagem na prevenção de complicações no pós-operatório imediato [online]. Disponível em URL: http://www.webartigo.com/artigos/

Normas de publicação *Enfermagem Brasil*

A revista *Enfermagem Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das áreas relacionadas à Enfermagem.

Os artigos publicados em *Enfermagem Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro, sendo que pela publicação na revista os autores já aceitem estas condições.

A revista *Enfermagem Brasil* assume o "estilo Vancouver" (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de outubro de 2007 (o texto completo dos requisitos está disponivel, em inglês, no site de Atlântica Editora em pdf).

Os autores que desejarem colaborar em alguma das seções da revista podem enviar sua contribuição (em arquivo eletrônico/e-mail) para nossa redação, sendo que fica entendido que isto não implica na aceitação do mesmo, o que será notificado ao autor.

O Comitê Editorial poderá devolver, sugerir trocas ou retorno de acordo com a circunstância, realizar modificações nos textos recebidos; neste último caso não se alterará o conteúdo científico, limitando-se unicamente ao estilo literário.

1. Editorial

Trabalhos escritos por sugestão do Comitê Científico, ou por um de seus membros.

Extensão: Não devem ultrapassar três páginas formato A4 em corpo 12 com a fonte Times New Roman com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc; a bibliografia não deve conter mais que dez referências.

2. Artigos originais

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de descobertas com relaçaõ a aspectos experimentais ou observacionais, e inclui análise descritiva e/ou inferências de dados próprios. Sua estrutura é a convencional que traz os seguintes itens: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Texto: Recomendamos que não seja superior a 12 páginas, formato A4, fonte English Times (Times Roman) tamanho 12, om todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. O total de caracteres não deve ultrapassar 25.000/30.000 caracteres, inclusos espaçamentos.

Tabelas: Considerar no máximo seis tabelas, no formato Excel/Word.

Figuras: Considerar no máximo 8 figuras, digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em PowerPoint, Excel, etc.

Bibliografia: É aconselhável no máximo 50 referências bibliográficas.

Os critérios que valorizarão a aceitação dos trabalhos serão o de rigor metodológico científico, novidade, interesse profissional, concisão da exposição, assim como a qualidade literária do texto.

3. Revisão

São trabalhos que versem sobre alguma das áreas relacionadas à Enfermagem, que têm por objeto resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Quanto aos limites do trabalho, aconselha-se o mesmo dos artigos originais.

4. Atualização

São trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse dos profissionais de Enfermagem (novas técnicas, legislação, por exemplo) e que têm características distintas de um artigo de revisão.

5. Relato de caso

São artigos dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplo. Apresenta as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal.

6. Comunicação breve

Esta seção permitirá a publicação de artigos curtos, com maior rapidez. Isto facilita que os autores apresentem observações, resultados iniciais de estudos em curso, e inclusive realizar comentários a trabalhos já editados na revista, com condições de argumentação mais extensa que na seção de cartas do leitor.

Texto: Recomendamos que não seja superior a três páginas, formato A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas e figuras: No máximo quatro tabelas em Excel e figuras digitalizadas (formato .tif ou .gif) ou que possam ser editados em Power Point, Excel, etc

Bibliografia: São aconselháveis no máximo 15 referências bibliográficas.

7. Resumos

Nesta seção serão publicados resumos de trabalhos e artigos inéditos ou já publicados em outras revistas, ao cargo do Comitê Científico, inclusive traduções de trabalhos de outros idiomas.

8.Correspondência

Esta seção publicará correspondência recebida, sem que necessariamente haja relação com artigos publicados, porém relacionados à linha editorial da revista. Caso estejam relacionados a artigos anteriormente publicados, será enviada ao autor do artigo ou trabalho antes de se publicar a carta.

Texto: Com no máximo duas páginas A4, com as especificações anteriores, bibliografia incluída, sem tabelas ou figuras.

PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

1.1 Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página de formato A4, formatado da seguinte maneira: fonte Times New Roman, tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

1.2 Numere as tabelas em romano, com as legendas para cada tabela junto à mesma.

1.3 Numere as figuras em arábico, e envie de acordo com as especificações anteriores.

As imagens devem estar em tons de cinza, jamais coloridas, e com qualidade ótima (qualidade gráfica – 300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif.

1.4 As seções dos artigos originais são estas: resumo, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e bibliografia. O autor deve ser o responsável pela tradução do resumo para o inglês e o espanhol e também das palavras-chave (*key-words*). O envio deve ser efetuado em arquivo, por meio de disquete, zip-drive, CD-ROM ou e-mail. Para os artigos enviados por correio em mídia magnética (disquetes, etc) anexar uma cópia impressa e identificar com etiqueta no disquete ou CD-ROM o nome do artigo, data e autor, incluir informação dos arquivos, tais como o processador de texto utilizado e outros programas e sistemas.

2. Página de apresentação

A primeira página do artigo apresentará as seguintes informações:

- Título em português, inglês e espanhol.
- Nome completo dos autores, com a qualificação curricular e títulos acadêmicos.
- Local de trabalho dos autores.
- Autor que se responsabiliza pela correspondência, com o respectivo endereço, telefone e E-mail.
- Título abreviado do artigo, com não mais de 40 toques, para paginação.
- As fontes de contribuição ao artigo, tais como equipe, aparelhos, etc.

3. Autoria

Todas as pessoas consignadas como autores devem ter participado do trabalho o suficiente para assumir a responsabilidade pública do seu conteúdo.

O crédito como autor se baseará unicamente nas contribuições essenciais que são: a) a concepção e desenvolvimento, a análise e interpretação dos dados; b) a redação do artigo ou a revisão crítica de uma parte importante de seu conteúdo intelectual; c) a aprovação definitiva da versão que será publicada. Deverão ser cumpridas simultaneamente as condições a), b) e c). A participação exclusivamente na obtenção de recursos ou na coleta de dados não justifica a participação como autor. A supervisão geral do grupo de pesquisa também não é suficiente.

4. Resumo e palavras-chave

Na segunda página deverá conter um resumo (com no máximo 150 palavras para resumos não estruturados e 200 palavras para os estruturados), seguido da versão em inglês e espanhol.

O conteúdo do resumo deve conter as seguintes informações:

- Objetivos do estudo.
- Procedimentos básicos empregados (amostragem, metodologia, análise).
- Descobertas principais do estudo (dados concretos e estatísticos).
- Conclusão do estudo, destacando os aspectos de maior novidade.

Em seguida os autores deverão indicar quatro palavras-chave para facilitar a indexação do artigo. Para tanto deverão utilizar os termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra no endereço internet seguinte: http://decs.bvs.br. Na medida do possível, é melhor usar os descritores existentes.

5. Agradecimentos

Os agradecimentos de pessoas, colaboradores, auxílio financeiro e material, incluindo auxílio governamental e/ou de laboratórios farmacêuticos devem ser inseridos no final do artigo, antes as referências, em uma secção especial.

6. Referências

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver definido nos Requisitos Uniformes. As referências bibliográficas devem ser numeradas por numerais arábicos entre parênteses e relacionadas em ordem na qual aparecem no texto, seguindo as seguintes normas:

Livros - Número de ordem, sobrenome do autor, letras iniciais de seu nome, ponto, título do capítulo, ponto, In: autor do livro (se diferente do capítulo), ponto, título do livro, ponto, local da edição, dois pontos, editora, ponto e vírgula, ano da impressão, ponto, páginas inicial e final, ponto.

Exemplos:

Livro:

May M. The facial nerve. New-York: Thieme; 1986

Capítulo ou parte de livro:

Phillips SJ. Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigos – Número de ordem, sobrenome do(s) autor(es), letras iniciais de seus nomes (sem pontos nem espaço), ponto. Título do trabalha, ponto. Título da revista ano de publicação seguido de ponto e vírgula, número do volume seguido de dois pontos, páginas inicial e final, ponto. Não utilizar maiúsculas ou itálicos. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (http://www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina *et al*.

Exemplo:

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. Cancer Res 1994;54:5016-20.

Os artigos, cartas e resumos devem ser enviados para:
E-mail: artigos@atlanticaeditora.com.br

Calendário de eventos

2010

Maio

25 a 28 de maio
Hospitalar
Expo Center Norte, São Paulo, SP
Informações: www.hospitalar.com

Julho

17 a 21 de julho
9º Congresso Brasileiro da SOBECC
Palácio das Convenções do Anhembi
São Paulo, SP
Informações: www.sobecc.org.br/

22 a 24 de julho
XXXII Congresso SBHCI
XV Jornada Brasileira de Enfermagem em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista SBHCI
Belo Horizonte, MG
Informações: www.congressosbhci.com.br/2010

29 de julho a 1 de agosto
7º. Simpósio Internacional de Esterilização e Controle de Infecção Hospital
Anhembi, São Paulo, SP
Informações: www.sobecc.org.br

Agosto

28 a 31 de agosto
III Congresso Internacional de Especialidades Pediátricas
Curitiba, PR
Informações: www.criança2010.org.br/programa_enfermagem

Setembro

11 a 15 de setembro
XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia
XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia
Vitória, ES
Informações: http://www.nefrologia2010.com.br/

22 a 24 de setembro
V Simpósio Internacional de Enfermagem - SIEN
Hopital Albert Einstein, São Paulo, SP
Informações: www.einstein.br/sien

Outubro

27 a 29 de outubro
II Congresso Internacional de Saúde Mental
Porto, Portugal
Informações: dir.spesm@gmail.com